TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR A. SEVESTRE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

PARIS

G. STEINHEIL, EDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR A. SEVESTRE

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR A. SEVESTRE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—

1893

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR A. SEVESTRE

TITRES SCIENTIFIQUES

Interne des hôpitaux (1869-1873).

Lauréat des hôpitaux (2e mention au Concours des Externes, 1868; 1re mention au Concours des Internes, 1871).

Docteur en médecine (1874. — Mention pour la thèse).

Chef de clinique de la Faculté (1874-1877).

Médecin des hôpitaux (1878) : — Bureau central (1878-1880); — Hôpital Tenon (1881-1882); — Hôpital Saint-Antoine (1883-1884); — Hospice des Enfants-Assistés (1885-1889); — Hôpital Trousseau (1890).

Médecin du collège Chaptal (1883).

Membre de la Société anatomique (adjoint en 1871, — titulaire en 1873, — honoraire en 1876).

Secrétaire de la Société anatomique (1874-1875).

Membre de la Société médicale des Hôpitaux (1878).

Membre de la Société de Dermatologie (1889).

Membre de la Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle (1890).

ENSEIGNEMENT

Conférences pour l'internat (1871-1872-1873).

Conférences cliniques au lit du malade (Clinicat : Charité et Hôtel-Dieu, 1875 et 1876).

Cours libre de Pathologie interne à l'École pratique (1876-1877).

Conférences de Clinique infantile à l'Hospice des Enfants-Assistés (1889).

Conférences de Clinique infantile à l'Hôpital Trousseau (1891).

PUBLICATIONS

Collaboration à la rédaction des Leçons de clinique médicale faites à l'Hôpital Lariboisière par M. Jaccoud (1873).

Rédaction des Leçons sur les maladies des reins faites à la Faculté par M. Charcot (*Progrès médical*, 1874).

Rédaction des *Bulletins de la Société anatomique* pour les années 1874 et 1875 (en collaboration avec MM. Rendu et Troisier).

Articles de bibliographie et de critique dans le *Mouvement médical* (1869-1873).

Articles de bibliographie et de critique dans le *Progrès médical* (1873-1884).

Analyses et articles critiques dans la *Revue des Sciences médicales*, dirigée par M. Hayem (1873-1880).

Collaboration à l'*Année médicale* (Revues sur les maladies du cœur (1878-1881), — sur les maladies des reins (1879-1881), — sur les maladies de l'enfance (1882-1885).

TRAVAUX ORIGINAUX

Je m'étais proposé d'abord, pour l'exposé qui va suivre, de passer successivement en revue les différentes branches de la médecine, en indiquant à mesure les travaux qui se rapportaient plus spécialement à chacune d'elles (anatomie pathologique, bactériologie, pathologie médicale, thérapeutique, hygiène, etc.); mais je n'ai pas tardé à renoncer à cette tentative. En effet, les maladies des enfants qui ont, depuis une dizaine d'années, formé l'objet principal de mes études, se prêtent fort mal à une classification de ce genre : les notions étiologiques et les recherches bactériologiques ont avec la prophylaxie et l'hygiène, aussi bien qu'avec la thérapeutique, des affinités si intimes qu'il est véritablement impossible de les séparer.

J'ai dû par conséquent me borner à suivre l'ordre nosologique, me réservant de présenter plus tard, sous forme de sommaire, le classement que je ne pouvais faire dans l'analyse détaillée. J'ai commencé par les maladies infectieuses en raison de l'importance prépondérante qu'elles occupent dans la pathologie infantile, et aussi parce que mes recherches ont, depuis longtemps déjà, été spécialement dirigées dans ce sens.

Avant tout cependant, j'ai placé l'analyse d'une leçon faite en 1891 à l'hôpital Trousseau et qui constitue en quelque sorte, au point de vue de la thérapeutique infantile, un exposé de principes.

1.—**Des indications thérapeutiques chez l'enfant.** Leçon clinique faite à l'hôpital Trousseau, résumée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 3 sept. 1891.

La thérapeutique, comme toutes les branches de la médecine, subit à notre époque une évolution importante, et d'empirique

qu'elle était trop souvent, tend de plus en plus à prendre un caractère scientifique.

Dans le traitement d'une maladie quelconque, nous devons avant tout chercher à bien établir les *indications*, et fort heureusement, cette tâche, qui est en fait le but suprême de la clinique, est aujourd'hui rendue plus facile par les notions que nous fournissent les *recherches pathogéniques*.

Chez l'enfant, la plupart des maladies sont dues à des fautes d'hygiène (troubles digestifs, etc.), ou à des infections d'origine microbienne (fièvres éruptives, diphtérie, etc.); d'autres sont des maladies d'évolution (troubles de dentition, maladies de la croissance), ou des maladies diathésiques (scrofule, syphilis héréditaire). On peut faire rentrer la presque totalité des maladies de l'enfance dans ces quatre catégories.

En dehors des indications tirées de la notion pathogénique, il faut *tenir compte de l'état des organes*, et de la façon dont fonctionnent en particulier les organes d'*élimination*, tels que le rein; ces organes sont généralement sains chez les enfants, et ce fait explique la facilité avec laquelle ceux-ci supportent certains médicaments à des doses relativement élevées.

Enfin, d'autres indications peuvent résulter de l'existence de *complications* ou d'une *localisation particulière de la maladie*, ailleurs encore de l'intensité d'un symptôme déterminé.

Les conditions de l'intervention thérapeutique sont d'ailleurs, chez l'enfant, singulièrement modifiées par certaines dispositions spéciales à cet âge :

1° Beaucoup de maladies tendent naturellement à la guérison (elles s'attaquent en effet à des organes neufs et possédant une vitalité marquée); il en résulte que l'expectation est souvent indiquée, mais il faut bien se garder de confondre l'expectation avec l'inaction, et il y a toujours quelque chose à faire, ne fût-ce que l'antisepsie intestinale ou cutanée, ou encore celle de la bouche ou du pharynx; on évite ainsi les *infections secondaires*, c'est-à-dire les complications.

2° L'enfant présente en général, et surtout pendant la maladie, une impressionnabilité nerveuse excessive; aussi les troubles réflexes et les congestions se produisent-ils très facilement chez lui; il en résulte au point de vue pratique la nécessité de renoncer à certains médicaments, tels que l'opium, et aussi l'obligation de surveiller à chaque instant l'évolution de la maladie.

3° Enfin le besoin de réparation et, par suite, celui d'alimentation sont plus pressants chez l'enfant que chez l'adulte; sauf dans quelques conditions spéciales, il faut éviter la diète absolue.

Des principes qui précèdent, il résulte que chez l'enfant *la thérapeutique se trouve le plus souvent ramenée à une question d'hygiène;* la prophylaxie n'a pas seulement pour but et pour résultat, dans un certain nombre de cas tout au moins, de prévenir les maladies; elle peut encore souvent empêcher une maladie de devenir grave, en préservant les malades des infections secondaires.

En somme, *l'indication tirée de la notion pathogénique et la prophylaxie des infections secondaires constituent en quelque sorte les deux piliers de la thérapeutique infantile.*

Les indications médicamenteuses sont relativement rares chez l'enfant: cependant, quand elles existent, il faut les remplir avec énergie, avec décision et avec rapidité et ne pas laisser échapper l'occasion, souvent très fugace chez les petites malads.

Certaines difficultés de la thérapeutique résultent de la répugnance qu'éprouvent les enfants pour les médicaments; si ceux-ci ne peuvent être dissimulés dans les aliments ou les boissons, il faut chercher à les présenter sous une forme agréable.

La question de dose est aussi fort importante; elle ne peut être réglée d'une façon mathématique et uniforme, mais varie au contraire suivant qu'il s'agit de tel ou tel médicament.

Dans la dernière partie de cette leçon, je passe en revue divers médicaments d'un usage en quelque sorte journalier, mais je me borne ici à signaler ces faits sans entrer dans le détail.

MALADIES INFECTIEUSES

MALADIES CONTAGIEUSES DE L'ENFANCE

2. — **Conditions de propagation et prophylaxie des Maladies contagieuses de l'enfance.** *Progrès médical*, 1889 et 1890. — *Études de clinique infantile*, 2e fascicule, p. 143, 1890.

L'Hospice des Enfants-Assistés, lorsque j'y pris, à la fin de 1884, la direction du service médical, avait, au point de vue sanitaire, une réputation déplorable, qui malheureusement n'était que trop justifiée; la rougeole et la diphtérie, en particulier, s'y présentaient avec une fréquence et surtout un caractère de gravité qu'on ne leur voyait nulle part ailleurs. Il y avait urgence à modifier une situation aussi lamentable et vraiment honteuse. Quelques années après, j'avais la satisfaction de constater des modifications très appréciables dans cet état de choses (v. p. 18). Ces résultats étaient dus en partie aux transformations matérielles qu'avait subies l'établissement (pavillons d'isolement, bains, etc.), mais ils avaient aussi une base scientifique. Il m'avait semblé, en effet, que *pour diriger avec succès la prophylaxie des maladies contagieuses de l'enfance*, il fallait *avant tout bien connaître les conditions de propagation de ces maladies*. C'est cette étude que j'entrepris donc tout d'abord, et c'est l'exposé de ces recherches que je vais résumer rapidement, d'après les leçons cliniques que je fis sur ce sujet en 1889.

Partant de ce principe que les maladies contagieuses de l'enfance sont des maladies microbiennes (fait évident, bien que le

microbe ne soit pas encore déterminé pour la plupart d'entre elles), je devais d'abord chercher à préciser le siège de l'agent de contagion, étudier sa vitalité, variable suivant les cas, et la résistance qu'il oppose aux causes de destruction; — le suivre ensuite dans ses divers modes de transmission de l'individu malade à l'individu sain; — puis rechercher comment il pénètre dans l'organisme pour l'infecter. Enfin, il y avait à tenir compte également des conditions de réceptivité de cet organisme (prédisposition et immunité) et de l'influence que peuvent exercer les infections secondaires.

Il n'était malheureusement pas toujours facile de répondre à ces questions; mais cependant, quelque incomplètes que fussent nos connaissances, elles fournissaient quelques indications précises qui devaient permettre de diriger la prophylaxie et le traitement. Ces indications sont les suivantes : chercher à détruire les agents de contage ou à les rendre inactifs, et, comme cela n'est pas toujours possible, s'efforcer tout au moins d'en empêcher la diffusion.

A ces deux indications répondent l'antisepsie et l'isolement, deux méthodes également indispensables, et qui doivent être employées concurremment, avec quelques variantes, suivant qu'il s'agit de telle ou telle maladie.

L'*isolement* comporte des procédés divers qui sont successivement passés en revue (hôpitaux spéciaux, pavillons d'isolement, grillages métalliques). J'insiste en particulier sur la *nécessité d'isoler les douteux et les suspects* (j'appelle *douteux* les enfants présentant certains symptômes qui peuvent se rapporter à une maladie contagieuse, mais ne sont pourtant pas encore assez nettement caractérisés pour que le diagnostic en soit possible; je désigne sous le nom de *suspects* ceux qui, ayant été exposés à la contagion d'une maladie déterminée, n'ont pas encore dépassé les limites extrêmes de la période d'incubation de cette maladie). Les uns et les autres doivent être isolés; car ils sont, au point de vue de la contagion, au moins aussi dangereux que les malades avérés.

L'*antisepsie* présente une importance égale, sinon plus grande

encore ; j'examine successivement la désinfection par l'étuve à vapeur sous pression, les lotions antiseptiques, les pulvérisations, les fumigations, etc.

Enfin, dans un dernier chapitre, je cherche à déterminer comment on doit utiliser l'antisepsie et l'isolement dans les diverses conditions qui peuvent se présenter dans la pratique (prophylaxie à l'hôpital, en ville, dans les écoles).

ROUGEOLE

3. — **Conditions de propagation et prophylaxie de la rougeole.** Leçons cliniques faites en 1889 à l'Hospice des Enfants-Assistés, publiées in : *Études de clinique infantile.* Paris, 1890, p. 258.
4. — **Sur la durée de l'incubation et sur la contagion de la rougeole.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886, p. 293.
5. — **La prophylaxie de la rougeole.** *Progrès médical*, 1887, II, p. 8.
6. — **Sur le mode de transmission de la rougeole.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, pp. 88, 95, 114, 128, 322. — 1890, p. 376.
7. — **Prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles et les lycées.** Congrès international d'Hygiène de Paris, 1889, p. 173.
8. — **Prophylaxie de la rougeole.** Société de Médecine publique et d'Hygiène professionnelle in : *Revue d'hygiène*, 1890, p. 992, 1001.

Les études que j'ai faites sur un grand nombre de cas de rougeole, jointes aux recherches antérieures d'autres observateurs, m'ont permis d'arriver aux conclusions suivantes :

La période d'incubation de la rougeole a une durée à peu près fixe, quelles que soient les conditions dans lesquelles se développe cette maladie : cette durée est de 8 à 9 jours, et l'on peut évaluer à 13 ou 14 jours l'intervalle qui sépare le moment de la contagion de l'éruption.

La rougeole est contagieuse dès l'apparition des premiers symptômes de la période d'invasion, mais elle ne l'est pas avant (c'est-à-dire pendant la période d'incubation). Pendant la période

d'éruption, au moins dans les premiers jours de cette période, elle est encore contagieuse, mais cependant à un moindre degré qu'à la période d'invasion. Les cas de contagion, après l'éruption terminée, sont absolument exceptionnels, et l'on peut admettre comme règle que lorsqu'un enfant est en état de se lever et de sortir, il n'est plus contagieux.

Le contage de la rougeole n'a qu'une vitalité très limitée, ou du moins, une fois qu'il est hors de l'organisme, il semble perdre rapidement sa virulence. Aussi la contagion par les objets qui ont touché le malade est-elle rare, presque exceptionnelle, comme aussi la contagion par une tierce personne; dans ces deux cas d'ailleurs, la contagion ne peut guère avoir lieu que s'il y a eu transport à très faible distance et en un temps assez court. Dans le plus grand nombre des cas, c'est par le malade lui-même ou par l'intermédiaire de l'atmosphère ambiante que se fait la propagation; la zone dangereuse autour du malade est d'ailleurs assez limitée et ne dépasse guère quelques mètres.

Les considérations qui précèdent rendent compte des difficultés que présente la prophylaxie de la rougeole. Lorsque la maladie est reconnue, la contagion a, déjà depuis plusieurs jours, eu tout le temps de se produire. Le malade doit cependant être isolé; mais l'isolement le plus efficace est celui qui porte sur les douteux (période d'invasion) et sur les suspects (enfants ayant eu des rapports avec un malade). Ces derniers doivent être autant que possible isolés ou tout au moins surveillés. J'ai pu de la sorte, dans un certain nombre de cas, soit à l'hôpital, soit dans un grand collège de Paris, empêcher la propagation de la rougeole.

Pour les douteux, la période d'observation doit être prolongée pendant cinq ou six jours, à moins que le diagnostic ne soit établi plus tôt; et quant aux suspects, ils doivent être surveillés pendant une période de quinze jours à partir du moment où ils ont pu être contagionnés.

Les malades, une fois guéris, ne sont plus contagieux et peuvent être rendus à la libre pratique.

L'antisepsie dans le cours de la rougeole est presque inutile, au point de vue de la propagation de la maladie; elle doit cependant être pratiquée, ne fût-ce que pour protéger le malade lui-même contre les infections secondaires. Lorsque la maladie est terminée, et que la rougeole était simple, il suffit en général de faire avec soin le nettoyage de la pièce occupée par le malade, de l'aérer pendant quelques heures, sans qu'il faille recourir aux pratiques d'une antisepsie minutieuse.

9. — **Causes de gravité et complications de la rougeole.** Leçon clinique faite à l'hôpital Trousseau, résumée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1891, p. 650.

La gravité de la rougeole peut résulter de sa malignité vraie, intrinsèque, ou de l'exagération de ses symptômes, ou encore d'infections secondaires; enfin, alors même qu'elle est guérie, elle peut entraîner des accidents graves à sa suite.

Le plus souvent, la rougeole maligne se présente d'emblée avec l'apparence d'une maladie très grave; d'autres fois, après des prodromes normaux mais prolongés, avec une éruption incomplète, on voit apparaître brusquement les phénomènes graves. Les bains froids et les injections de caféine constituent en pareil cas le meilleur ou plutôt le seul mode de traitement. Une forme plus grave encore est la forme hémorragique.

La gravité peut résulter de l'exagération de certaines manifestations habituelles de la maladie (convulsions, coryza intense chez les tout petits, laryngite pouvant nécessiter la trachéotomie, bronchite, diarrhée, etc.).

Les complications résultant d'infections secondaires les plus fréquentes sont la broncho-pneumonie et la diphtérie, toujours très grave dans la rougeole; au même ordre de faits se rattachent les stomatites graves, la pleurésie purulente, les ophtalmies purulentes, etc.

Enfin, à une période plus tardive, comme suites de la mala-

dic, se montrent les otites, l'adénopathie trachéo-bronchique, les laryngites ulcéreuses, la tuberculose, etc.

10. — **Rougeole et broncho-pneumonie.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, pp. 96, 163, 164, 329, 330.

11. — **La Rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés.** *Leçons cliniques*, p. 278; *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 376.

12. — **Rougeole et broncho-pneumonie.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1890, p. 106.

La gravité de la rougeole dans les hôpitaux et spécialement à l'hospice des Enfants-Assistés résulte surtout des complications engendrées par les *infections secondaires* et en particulier de la broncho-pneumonie. Celle-ci n'est en général ni une manifestation spéciale de la rougeole, ni une maladie causée par le froid, mais bien positivement le résultat d'une infection secondaire. La contagion en est l'origine la plus fréquente, mais elle peut aussi provenir d'une auto-infection par les microbes existant normalement dans la bouche.

Pour en empêcher le développement, il faut faire l'antisepsie générale et en particulier l'antisepsie de la bouche et des fosses nasales. Il faut aussi faire *l'isolement dans l'isolement*, c'est-à-dire *séparer les rougeoles simples des rougeoles compliquées*. L'isolement individuel étant impossible à l'hôpital, on doit tout au moins chercher à restreindre autant que possible le nombre des malades. Il faut de petites salles, et non pas une grande salle unique.

13. — **Diagnostic de la rougeole.** *Semaine médicale*, 1889, p. 369.

J'étudie spécialement ici les symptômes qui permettent d'établir le *diagnostic précoce* de la rougeole, afin de pouvoir aussitôt que possible isoler l'enfant. Dans la période d'incubation, il n'existe aucun symptôme, et d'ailleurs à ce moment l'enfant n'est pas dangereux; il ne le devient qu'à partir du moment où paraîtront les premiers symptômes caractérisant la période d'invasion.

Parmi ceux-ci, l'un des plus importants est la rougeur pointillée du voile du palais, car elle permet d'affirmer le diagnostic. L'existence de la fièvre avec une rémission au 2e ou 3e jour a aussi une certaine valeur.

L'éruption doit être cherchée d'abord au cou, derrière les oreilles. Dans les rougeoles confluentes, où l'éruption ressemble à celle de la scarlatine, on trouve cependant toujours, en particulier dans la région du genou, des intervalles de peau saine.

14. — **Bains tièdes dans la rougeole.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 578.

DIPHTÉRIE

15. — **Conditions de propagation et prophylaxie de la diphtérie.** *Progrès médical*, 1890, I, pp. 353, 393, 414. — *Études de clinique infantile*, p. 175.
16. — **De la propagation et de la prophylaxie de la diphtérie.** *Progrès médical*, 1884, p. 539.
17. — **Modes de transmission et prophylaxie de la diphtérie.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, pp. 45, 52, 53, 88, 95, 322 ; — 1890, p. 376.

A l'inverse de celui de la rougeole, le contage de la diphtérie présente une vitalité considérable : les expériences de laboratoire aussi bien que les observations cliniques (dont je rapporte plusieurs exemples nouveaux) montrent que la virulence peut persister pendant des mois et des années. C'est ainsi que la transmission peut se faire à longue échéance par des vêtements ou des objets quelconques ; c'est ainsi encore que l'on comprend comment les épidémies peuvent se développer par foyers successifs, séparés par des intervalles plus ou moins longs ; ce que, du reste, Trousseau avait déjà signalé.

La transmission peut se faire par la fausse membrane transportée directement de l'individu malade à un individu sain, ou même simplement par le contact du malade ; le microbe peut être transporté par les vêtements, les instruments, des objets quel-

conques, des poussières. Cependant le contage diphtéritique est peu diffusible, et la contagion ne se fait guère d'une maison à une autre s'il n'y a pas de rapports entre leurs habitants.

La diphtérie est contagieuse dès le premier jour de son apparition, et elle reste telle même dans la convalescence, jusqu'à une période dont les limites n'ont pas encore été déterminées.

La durée de la période d'incubation peut varier de quelques heures à quelques jours ; mais là encore les faits manquent de précision.

Il faut aussi, dans la transmission de la diphtérie, tenir compte des circonstances créées par un état de prédisposition locale (maladies de la gorge, angines de la scarlatine ou de la rougeole, etc.), ou par une prédisposition générale (influence des saisons). Quant aux mesures de prophylaxie, la première de toutes consiste dans l'isolement (isolement du malade ; — isolement des douteux ; — isolement des suspects, prolongé pendant 6 à 8 jours au moins). L'*antisepsie* est encore plus importante, et *elle doit être appliquée dans toute sa rigueur et étendue à tous les objets et tous les locaux qui ont pu être contaminés ;* les personnes qui soignent le malade ou qui l'approchent doivent aussi se soumettre à toutes les mesures de désinfection les plus sévères.

Traitement de la Diphtérie.

18. — **Nature et traitement de la diphtérie.** *Progrès médical*, 1890, II, p. 227, 246. — *Études de clinique infantile*, p. 202.
19. — **Traitement de la diphtérie par la méthode de Delthil.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1885, p. 216.
20. — **Le traitement de la diphtérie par la glace.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 907.

Les recherches bactériologiques ont singulièrement élucidé la question de nature de la diphtérie, et permettent aujourd'hui de poser pour le traitement des indications plus précises.

Il est démontré d'une façon positive que la diphtérie est une maladie microbienne, produite par le bacille de Klebs, auquel viennent se surajouter, suivant les cas, tels ou tels micro-organismes accessoires. Nous savons que c'est une maladie primitivement locale, et si nous devons encore faire quelques réserves sur le mécanisme intime des accidents généraux, nous savons du moins que ces accidents généraux résultent en grande partie de l'absorption de produits toxiques solubles élaborés dans la fausse membrane. Quant aux micro-organismes accessoires, ils peuvent bien contribuer jusqu'à un certain point à la production de ces accidents, mais ils agissent surtout en déterminant des infections secondaires, ou, en d'autres termes, des complications, telles que les suppurations ganglionnaires, la broncho-pneumonie, etc.

Les *indications positives* résultant de ces notions peuvent être formulées de la façon suivante :

1° Empêcher ou tout au moins entraver le développement du microbe, et le rendre inactif ;

2° Neutraliser sur place les produits toxiques et empêcher ou contrarier leur absorption ;

3° Ces produits ayant pu être absorbés, combattre l'action nocive qu'ils peuvent exercer dans l'organisme ;

4° Favoriser l'élimination de ces produits toxiques ;

5° Empêcher et combattre les infections secondaires par les micro-organismes accessoires ;

6° Soutenir l'organisme dans sa lutte contre les microbes et leurs produits ;

7° Traiter les complications et les suites plus ou moins éloignées.

En fait, ces indications peuvent même, d'une façon plus simple, se réduire aux méthodes suivantes :

A. — Antisepsie locale.

B. — Antisepsie générale.

C. — Traitement général.

D. — Traitement des complications.

Je passe successivement en revue les moyens qui peuvent répondre à ces indications, en insistant plus spécialement sur les procédés de l'antisepsie locale (ablation des fausses membranes et cautérisation immédiate de la muqueuse dénudée, applications topiques, lavages répétés, pulvérisations).

Il serait trop long de s'arrêter sur tous ces points de détail. Je signalerai cependant une méthode spéciale, préconisée par le Dr Bleynie, et sur laquelle j'ai été chargé de faire un *Rapport à la Société médicale des hôpitaux*. J'ai à cette occasion fait dans mon service à l'hôpital Trousseau quelques expériences, dont voici le résumé :

Cette méthode de traitement consiste à introduire dans la bouche du malade un petit morceau de glace toutes les dix minutes sans interruption, pendant la veille et pendant le sommeil.

L'administration de la glace est généralement d'un emploi facile, et ne présente en tout cas aucun danger. Elle peut même avoir une affection efficace dans l'angine diphtérique en entravant la prolifération microbienne et en retardant jusqu'à un certain point la formation des fausses membranes, et d'autre part en diminuant la turgescence de la muqueuse et la tuméfaction œdémateuse de la luette.

Mais cette méthode ne doit être employée que comme *adjuvant* du traitement, et l'on doit toujours en même temps pratiquer l'antisepsie de la gorge.

SCARLATINE

21\. — **Etiologie et prophylaxie de la scarlatine.** *Progrès médical*, 1890, II, p. 431 et 1891, I, p. 185. — *Etudes de clinique infantile*, p. 222.

Dans la première partie de ces leçons, je passe d'abord en revue les recherches faites par différents observateurs sur la

microbiologie de la scarlatine, et j'étudie en particulier l'épidémie dite de Hendon, qui semblait démontrer l'origine bovine de cette maladie ; la discussion des faits m'amène à conclure que, si le lait peut servir de *véhicule* au contage de la scarlatine, il n'est nullement prouvé que la scarlatine puisse avoir une origine bovine.

La bactériologie nous fournit des documents intéressants pour ce qui concerne les infections secondaires, dont l'importance dans la scarlatine est considérable ; mais pour l'étiologie, c'est à la clinique que, pour le moment, il faut exclusivement s'en rapporter.

La durée de l'incubation est variable : je ne crois pas qu'elle dépasse jamais cinq ou six jours, mais souvent elle est moins longue ; elle peut être de 24 heures ou même moins encore. Les cas dans lesquels on aurait observé une incubation plus prolongée sont exceptionnels, et ils peuvent même être expliqués par ce fait que le contage serait pendant un certain temps resté en dépôt sur le sujet avant de l'infecter.

La scarlatine est peut-être contagieuse dès l'apparition des premiers symptômes, avant l'exanthème ; en tout cas, elle l'est sûrement dès le début de la période d'éruption et pendant toute cette période ; plus tard, il est difficile de dire à quelle époque elle cesse d'être transmissible ; cependant, bien que cette opinion ne repose pas sur des observations absolument positives, je crois pouvoir admettre qu'après cinq ou six semaines, le malade cesse d'être contagieux si l'on a eu soin de le débarrasser, par les pratiques antiseptiques, des anciens germes qu'il pouvait conserver.

La transmission de la maladie peut se faire directement de l'individu malade à un sujet sain ; elle peut se faire aussi d'une façon indirecte, par l'intermédiaire d'une tierce personne qui reste indemne ; mais il faut pour cela que cette personne ait eu avec le malade un contact intime et prolongé.

Le plus souvent, c'est par les vêtements, le linge, les livres, les jouets, etc., que se propage la scarlatine, ou bien encore (ce qui serait assez fréquent en Angleterre) par l'intermédiaire du

lait, ce liquide ne jouant d'ailleurs ici que le rôle de véhicule.

Le contage de la scarlatine a une vitalité assez grande : aussi l'*antisepsie* présente-elle, au point de vue de la prophylaxie, une *importance capitale*. Les pratiques générales de l'antisepsie doivent être appliquées de la façon la plus complète et la plus minutieuse, et cela même pendant l'évolution de la maladie. Les grands lavages de la bouche et du pharynx constituent d'ailleurs une pratique très utile au malade lui-même, et diminuent singulièrement la fréquence et la gravité des *infections secondaires*.

Les onctions de la peau avec une pommade antiseptique, les lotions et enfin les bains ont aussi le double avantage de favoriser le fonctionnement de la peau et d'empêcher la dissémination des germes.

L'antisepsie doit être complétée par l'isolement, et il conviendrait de faire non seulement l'*isolement du malade*, mais celui *des suspects* (pendant sept jours), et sous ce titre je range en particulier les frères et sœurs des malades.

22. — **L'angine scarlatineuse précoce pseudo-diphtérique.** *Études de clinique infantile*, p. 231. — *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 411.

On peut observer, au début de la scarlatine, des angines pseudo-membraneuses ressemblant beaucoup à celles de la diphtérie, mais qui en sont cependant distinctes. C'est un point sur lequel j'avais insisté dans une leçon faite à l'hospice des Enfants-Assistés ; mais en raison de la difficulté du diagnostic en pareil cas, cette opinion n'avait trouvé que peu de créance, jusqu'au jour où MM. Würtz et Bourges ont démontré par la bactériologie que cette angine n'est pas d'origine diphtéritique, mais qu'elle est due à une *infection secondaire* par le streptocoque et le staphylocoque. Les fausses membranes occupent surtout les amygdales, mais elles peuvent s'étendre à la luette et au voile du palais, et même se propager vers les fosses nasales, mais elles ne gagnent pas du côté du larynx, qui reste toujours indemne.

Comme apparence, elles ressemblent beaucoup à celles de la diphtérie et ce n'est pas sur les caractères objectifs que l'on peut se fonder pour faire le diagnostic, mais seulement sur les considérations suivantes : 1° apparition de ces fausses membranes dès le début de la scarlatine, quelquefois même avant l'éruption; 2° rougeur marquée de la gorge; 3° état général relativement satisfaisant, malgré l'intensité de l'angine, et absence de phénomènes d'intoxication diphtéritique; 4° enfin l'examen bactériologique permet d'affirmer la nature de cette angine.

En tout cas, cette distinction entre les angines diphtéroïdes de la scarlatine et l'angine véritablement diphtérique est très importante, car le pronostic est complètement différent dans les deux cas; en outre, dans les hôpitaux, on ne doit pas envoyer dans les salles de diphtérie les enfants atteints de cette angine précoce pseudo-diphtérique.

L'angine tardive de la scarlatine est, au contraire, toujours de nature diphtérique.

HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

23. — **L'Hospice des Enfants-Assistés en 1888.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 45.
24. — **L'Hospice des Enfants-Assistés en 1889.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p, 376. — *Études de clinique infantile*, p. 197 et 278.
25. — **Discussion sur les mesures à prendre pour combattre la transmission des maladies contagieuses dans les hôpitaux d'enfants.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, *passim.*

Ainsi que je l'ai dit plus haut, dans le cours des cinq années (1884-1889) pendant lesquelles j'ai eu la direction médicale de l'hospice des Enfants-Assistés, j'ai été assez heureux pour réaliser dans le fonctionnement de cet hôpital des modifications importantes, qui se sont traduites par une *diminution notable de la mortalité et même de la morbidité*. De ces modifications, les unes

n'étaient guère que la mise en œuvre, l'adaptation à la pratique des projets élaborés par mes prédécesseurs, et en particulier par Parrot, les autres ont été mon œuvre personnelle; je dois reconnaître d'ailleurs que j'ai été favorisé par les circonstances et secondé par l'Administration, qui a mis beaucoup de bon vouloir dans l'application des mesures que je proposais.

En janvier 1886, commença l'installation des pavillons d'isolement pour la diphtérie, la rougeole, la scarlatine et la coqueluche. Cette installation des services d'isolement permit d'utiliser pour les enfants au sein les salles consacrées antérieurement aux maladies contagieuses et, de ce fait, résulta immédiatement une diminution des troubles digestifs graves (en raison d'une hygiène meilleure et d'une surveillance plus directe).

Au mois de mai de la même année, le service de la nourricerie pour les enfants syphilitiques fut agrandi. A la même époque, je réussis à faire installer un lazaret pour garder en observation, au moins pendant quelques jours, les nouveaux arrivants.

Au mois de juin 1888, commença le fonctionnement du service des bains, et conjointement le service de l'étuve à désinfection. A ce moment, je fis faire une *désinfection complète de tout l'hôpital*, et j'exigeai que tout enfant entrant à l'hôpital fût baigné, en même temps que ses vêtements étaient portés à l'étuve.

Il va sans dire que, pendant leur séjour dans le pavillon d'isolement, les malades sont soumis à des pratiques d'antisepsie individuelle, qui diminuent beaucoup la fréquence des infections secondaires.

L'application des mesures qui précèdent n'a pas tardé à être suivie d'une diminution très appréciable dans la mortalité des maladies contagieuses et spécialement de la rougeole et de la diphtérie.

Pour la rougeole, la mortalité générale qui, les années précédentes, avait toujours été supérieure à 45 p. 100 et avait même, en 1884, atteint le chiffre de 57 p. 100, ne dépassa pas 27 ou 28 p. 100, et même, en prenant seulement les enfants au-dessous de

trois ans, les statistiques montrèrent que la guérison était presque la règle.

La morbidité de la rougeole ne fut, au contraire, que peu modifiée et j'en suis arrivé à conclure que la propagation de cette maladie à l'Hospice des Enfants-Assistés ne pourrait être enrayée que par l'établissement d'un *lazaret* convenablement installé et dans lequel les entrants seraient gardés en observation pendant une période de temps suffisante.

Pour la diphtérie, la désinfection a donné aussi des résultats positifs et les cas ont été, pendant un certain temps, beaucoup moins nombreux; malheureusement certaines parties de l'établissement avaient, à mon insu, échappé aux mesures d'assainissement, et c'est de là que partit de nouveau une explosion de nouveaux cas (comme pour démontrer l'importance de ces mesures). Quoi qu'il en soit, les résultats observés paraissaient assez significatifs pour autoriser cette affirmation que, du jour où les mesures d'assainissement auraient reçu une exécution complète, la diphtérie deviendrait, à l'hospice des Enfants-Assistés, une maladie négligeable. Je crois savoir que cette prophétie est maintenant réalisée.

L'exposé des résultats précédents que je fis à la *Société médicale des hôpitaux*, dans la séance du 25 janvier 1889, frappa vivement mes collègues et plusieurs d'entre eux insistèrent sur l'urgence qu'il y avait à appliquer aux autres hôpitaux d'enfants les mesures réalisées à l'hospice des Enfants-Assistés. La discussion sur ce sujet se continua dans les séances suivantes et, pour aboutir à un résultat pratique, on décida la nomination d'une Commission composée de tous les médecins des hôpitaux d'enfants. Le Rapport de cette Commission devint ensuite le point de départ d'une nouvelle discussion, à laquelle je pris part spécialement sur les points suivants : utilité de la *création de chambres d'isolement pour recevoir les cas douteux;* — nécessité de remplacer dans la construction

des pavillons futurs les grandes salles par des *salles de* 6 à 8 *lits au maximum;* — importance des *mesures de désinfection appliquées aux cadavres* des enfants morts de maladies contagieuses.

Plusieurs des mesures demandées par mes collègues et par moi ont déjà été appliquées dans les hôpitaux d'enfants; il est fâcheux que les nécessités budgétaires ne permettent pas de les réaliser plus complètement et plus rapidement.

26. — **Les Rapports de M. Besnier sur les maladies régnantes.** *Progrès médical*, 1877, pp. 206, 525, 945, et 1878, pp. 178, 477.

Analyse des Rapports trimestriels faits par M. Besnier à la Société médicale des hôpitaux, sur les maladies régnantes pendant chaque trimestre.

RUBÉOLE

27. — **Une épidémie de rubéole.** *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1893, p. 667.

L'examen d'une épidémie de rubéole observée dans un collège dont je suis le médecin m'a conduit à formuler les propositions suivantes :

1° La rubéole est une maladie spéciale, ayant son autonomie propre et qui doit être distinguée de la rougeole et de la scarlatine aussi bien que de la roséole. Elle a jusqu'ici été considérée comme une maladie très rare en France; mais cette rareté pourrait bien n'être qu'apparente, et il serait peut-être plus juste de dire que la maladie est souvent méconnue.

Les cas que j'ai observés ont été remarquables par la bénignité des phénomènes généraux, contrastant d'une façon frappante avec l'intensité de l'éruption et le développement des adénopathies; l'apyrexie fut presque complète, la température ayant presque toujours été inférieure à 38 degrés et n'ayant dans aucun de ces cas dépassé 38°,2 ou 38°,3.

Il s'agissait cependant, au moins pour quelques malades, de formes assez intenses, caractérisées par une éruption abondante et même un état d'abattement assez prononcé mais peu durable. Dans tous les cas, les ganglions du cou étaient tous notablement augmentés de volume et parfois même assez douloureux ; dans deux cas même, les ganglions inguinaux étaient atteints.

2° Lorsque la rubéole se développe dans une agglomération d'enfants, les premiers cas peuvent passer inaperçus, en raison du caractère bénin que présentent le plus souvent les symptômes généraux ; puis, la contagion s'étant effectuée, donne naissance au bout d'une quinzaine de jours à une série de cas, qui deviendront à leur tour l'occasion d'une nouvelle explosion ; les épidémies de rubéole procèdent souvent ainsi par poussées successives, séparées par des intervalles de dix à douze jours. L'incubation de la rubéole paraît pouvoir être fixée à quinze ou seize jours.

3° La rubéole est contagieuse dès le début aussi bien que la rougeole ; dès le premier jour, avant même que le diagnostic ne soit établi, les rubéoleux ont déjà semé la maladie autour d'eux, et souvent il est trop tard pour les isoler. Ce qu'il faut surtout chercher à réaliser, c'est l'isolement de ceux que j'appelle les suspects, c'est-à-dire des enfants qui, ayant été en rapport avec les malades, ont pu être contagionnés. Ceux-ci doivent être surveillés surtout à partir du douzième jour après le contact, pour que l'on puisse les isoler dès l'apparition des premiers symptômes.

4° Une fois la maladie terminée (ce qui ne demande guère plus de huit jours en général), le rubéoleux n'est plus contagieux et peut d'emblée être admis au milieu d'autres enfants. Sous ce rapport, je me sépare complètement de M. Didier (*Thèse de Paris*, 1891), qui exige une quarantaine de vingt jours et une désinfection sérieuse dans un bain antiseptique ; il demande aussi que l'école où aura éclaté une épidémie soit licenciée et que les locaux soient désinfectés et aérés. Ces mesures me paraissent bien sévères. Dans l'épidémie que j'ai observée, les élèves sont restés à l'infirmerie de sept à douze jours et je les ai ensuite autorisés à reprendre

leurs études ; je n'ai pas à la suite observé un seul cas de contagion. La même réflexion est applicable à deux externes qui ne furent absents que dix et treize jours.

D'autre part, il n'est pas sans intérêt de remarquer que, parmi les externes qui avaient fait des absences de vingt-quatre, vingt-huit et même trente-trois jours, devaient se trouver bien probablement les premiers auteurs de la contagion, celle-ci s'étant effectuée avant que la maladie ne fût soupçonnée.

Quant à la désinfection, ce ne peut être évidemment qu'une très bonne chose, mais je ne la crois pas indispensable, le microbe de la rubéole (d'ailleurs encore inconnu) devant avoir, comme celui de la rougeole, une vitalité très limitée.

VARIOLE

28. — **Prophylaxie de la variole à Paris.** *Progrès médical*, 1875, p. 323.
29. — **La variole à Lyon; l'isolement dee varioleux.** *Progrès médical*, 1876, p. 192.
30. — **L'épidémie de variole.** *Progrès médical*, 1879, p. 143.

Revues critiques, dans lesquelles j'insiste sur l'importance de l'isolement des varioleux et sur l'*urgence des revaccinations*. « Il faudrait que tous les *élèves des hôpitaux* fussent soumis dès leur entrée en fonctions à une revaccination faite avec soin, et que l'on ne se contentât pas de leur demander, au moment de leur admission au concours, un certificat de vaccine absolument illusoire. »

31. — **Traitement de la variole par les bains de eublimé chez les enfante.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 311.

Résultats favorables de ce mode de traitement chez les jeunes enfants ; les pustules ne prenaient qu'un faible développement, et la guérison avait été plus rapide qu'on n'aurait pu le penser *a priori*.

OREILLONS

32. — **Sur la contagiosité des oreillons.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.* 1893, p. 111 et 158.

Dans les oreillons, la contagion peut se faire dès le début, avant l'apparition des symptômes qui caractérisent la maladie, et en particulier avant qu'on ait constaté la tuméfaction parotidienne. La durée de la période d'incubation est de vingt à vingt-deux jours.

ÉRYSIPÈLE

33. — **Contagion de l'érysipèle.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1892, p. 401.
34. — **Traitement de l'érysipèle.** *Ibid.*, 1892, p. 406.

L'érysipèle ne se propage pas par l'air, mais se transmet directement d'un malade à un autre individu, soit par une tierce personne, soit par l'intermédiaire d'un instrument ou d'un objet quelconque : c'est ce qui explique que les faits de contagion soient relativement rares.

Il en résulte aussi que, pour empêcher la propagation de l'érysipèle, il faut faire de l'*antisepsie*, et c'est le même principe qui doit diriger le traitement. Dans un cas d'érysipèle ambulant, où le sulfate de quinine n'avait produit aucun effet bien marqué et où l'acide salicylique n'avait amené qu'un abaissement de température momentané, on observa une défervescence rapide en quelques jours, à la suite de bains additionnés de borate de soude (500 gr. par bain). L'action s'est caractérisée, d'une part, par un abaissement momentané de la température à la suite de chaque bain, et en second lieu par un abaissement progressif et continu de la courbe

thermique, coïncidant avec une amélioration des phénomènes locaux.

35. — **Des manifestations cardiaques dans l'érysipèle de la face.** *Thèse inaugurale*, 1874.

Ce travail se terminait par les conclusions suivantes :

1° On peut observer, dans le cours de l'érysipèle, des *manifestations du côté du cœur*. Ces manifestations, sans être très fréquentes, le sont cependant assez pour qu'on ne puisse les considérer comme le résultat de coïncidences fortuites. Elles sont de deux sortes : tantôt la lésion affecte l'endocarde et plus rarement le péricarde, tantôt elle porte sur le myocarde.

2° L'*endocardite* peut se montrer dès le début de l'érysipèle; elle peut se développer lorsqu'il est terminé; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle apparaît pendant que l'éruption cutanée est en activité.

Sa durée est variable : elle disparaît ordinairement à peu près en même temps que l'érysipèle, quelquefois avant lui; mais elle peut laisser une lésion persistante.

La *péricardite* est plus rare; elle est ordinairement sèche, limitée, et ne s'observe guère qu'associée à l'endocardite; toutefois l'endocardite reste le plus souvent isolée. Les faits de péricardite avec épanchement sont presque exceptionnels.

3° La *myocardite* et la *dégénérescence graisseuse* des fibres musculaires du cœur peuvent être observées dans l'érysipèle comme dans la variole, la fièvre typhoïde et autres affections analogues.

4° Les lésions cardiaques dans l'érysipèle (l'endocardite aussi bien que la myocardite) ne sont point en rapport avec la lésion cutanée, mais elles relèvent directement, au même titre que cette lésion elle-même, du trouble général de l'organisme.

La connaissance de ces lésions confirme le *rapprochement* que l'on peut établir *entre l'érysipèle et les maladies infectieuses.*

Cette dernière conclusion, qui semble banale aujourd'hui, offrait alors (en 1874) un certain caractère de nouveauté.

FIÈVRE TYPHOÏDE

36. — **L'épidémie de fièvre typhoïde à Paris.** *Progrès médical*, 1876, p. 841.
37. — **Quelques points de l'étiologie de la fièvre typhoïde** *Progrès médical*, 1877, p. 6.

Revues critiques; analyse des travaux de Budd, Murchison, Gueneau de Mussy, etc.

38. — **Fièvre typhoïde chez les enfants.** Leçon clinique faite à l'hôpital Trousseau, résumée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1891, p, 652.

La fièvre typhoïde est très rare chez les tout jeunes enfants; on l'a observée cependant chez des nourrissons, mais inversement on a vu des enfants être allaités impunément par leur mère atteinte de fièvre typhoïde. A partir de 3 ans, elle devient de plus en plus fréquente et est loin d'être rare dans la seconde enfance, surtout après 20 ans. Le début peut être absolument brusque; j'ai vu en particulier deux enfants très bien portants le matin être pris dans l'après-midi de vomissements et de fièvre intense; le plus souvent cependant, le début est insidieux et le diagnostic est d'autant plus difficile que les symptômes sont généralement assez mal définis; la constipation est fréquente au début et même dans la période d'état. Les symptômes nerveux sont généralement peu marqués; cependant les formes spinales (avec hyperesthésie et rachialgie) ne sont pas très rares.

Au moment de la convalescence, on doit noter le ralentissement et l'irrégularité du pouls qui pourraient faire penser à une méningite si, à ce moment, on ne constatait l'absence de phénomènes nerveux. Enfin je signale encore parmi les phénomènes de la convalescence l'œdème du scrotum que j'ai observé un certain nombre de fois et qui ne doit pas être considéré comme une complication.

39. — **Traitement. — La fièvre typhoïde et lee bains froids.** *Progrès médical*, 1874, pp. 625, 643, 694.

Étude critique : exposé de la méthode de Brandt; discussion des résultats; recherche des indications.

40. — **Lse bains froids dans la fièvrs typhoïde chez lee enfants.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1892, p. 626.

Dans les cas légers, qui forment la majorité dans le jeune âge, la médication est inutile. Dans les cas graves, elle peut être utile, mais son application doit être soumise à une surveillance rigoureuse; il n'est pas rare de voir des enfants typhoïdiques être pris de syncope dans le bain, ou présenter à la suite un état de collapsus plus ou moins inquiétant. Il faut donc tenir grand compte de l'état du pouls, et faire en même temps des injections de caféine.

41. — **Emploi ds l'acide salicylique dans les fièvres.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1892, p. 579.

Dans les fièvres, et en particulier dans la fièvre typhoïde chez les enfants, l'acide salicylique à la dose de $1^{gr},50$ ou 2 grammes est toujours bien supporté et amène presque toujours un abaissement de température de 1 ou 2 degrés; mais cet abaissement n'est que transitoire et la marche de la maladie n'est nullement influencée.

42. — **Fièvrs typhoïde latents, perforation intestinals.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 360.

43. — **Emboliee multiplee (cerveau, rein, rate) dane le coure d'une fièvre typhoïde.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 614.

L'existence de ces embolies parut pouvoir être rattachée à des caillots provenant d'une thrombose cardiaque.

44. — **Fièvre typhoïde à forms thoracique; infarctue de la rate, sans lésion cardiaque.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 100.

BRONCHO-PNEUMONIE INFECTIEUSE D'ORIGINE INTESTINALE

45. — **Sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1887, pp. 12, 44, et 1892, pp. 27, 36. — Voir aussi sur le même sujet Lesage. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1892, p. 28; — Renard, *Thèse de Paris*, 1892; — Gastou et Renard. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1892, p. 201.

En 1887, j'ai appelé l'attention sur une catégorie de faits dans lesquels on voyait se succéder une diarrhée infectieuse et une broncho-pneumonie à allures un peu spéciales, et je concluais de mes observations, purement cliniques, qu'il y avait là autre chose qu'une coïncidence fortuite, mais que cette broncho-pneumonie était le résultat d'une infection, dont le point de départ devait se trouver dans l'intestin.

Des enfants d'un à deux ans, soumis à une alimentation impropre, étaient pris d'une diarrhée abondante, très fétide, avec ou sans vomissements; puis, au bout de quelques jours, on voyait apparaître une fièvre plus ou moins intense, et en même temps on constatait de la toux, une dyspnée généralement modérée, et l'auscultation révélait en outre des râles sibilants disséminés, des foyers de râles crépitants ou même un peu de souffle; les signes d'auscultation étaient d'ailleurs variables et en quelque sorte mobiles d'un jour à l'autre; il semblait qu'il y eût non pas une broncho-pneumonie avec hépatisation, mais plutôt des bouffées de congestion; et en effet, les autopsies montraient surtout des lésions congestives avec des noyaux relativement rares, peu épais et occupant généralement la surface des poumons; les ganglions bronchiques étaient très congestionnés, comme aussi du reste les ganglions mésentériques.

Dans certains cas, il existait en outre des phénomènes ty-

phoïdes, des éruptions cutanées, des altérations du foie et des reins et en somme une série d'accidents manifestement infectieux.

La *nature infectieuse de la maladie* et la *subordination des phénomènes pulmonaires aux troubles intestinaux* étaient encore démontrées par ce fait, que dans certains cas la guérison avait été obtenue par un traitement spécial (calomel et antiseptiques intestinaux).

Mes conclusions découlaient uniquement de l'observation de faits cliniques et n'avaient pu malheureusement être appuyées de recherches bactériologiques. Depuis lors, ces recherches ont été poursuivies par plusieurs de mes élèves. M. Lesage conclut de ses observations microbiennes que les lésions pulmonaires relèvent de la présence seule du bacterium coli virulent, qui a envahi le poumon et s'y est développé. Par contre, il résulterait des recherches de MM. Gastou et Renard que l'on devrait admettre deux séries de cas : dans les uns, les lésions pulmonaires seraient dues en effet à l'action directe sur le poumon du bacterium coli commune, agent pathogène des diarrhées infectieuses; mais dans une autre variété plus commune, la broncho-pneumonie serait due aux microbes existant normalement dans la bouche des sujets ou dans l'air qu'ils respirent (pneumocoque, staphylocoque, bacille encapsulé). Là encore, cependant, le bacterium coli serait l'agent le premier en cause, préparant les voies et le terrain pour des inoculations successives.

En tout cas, l'existence des broncho-pneumonies d'origine intestinale, contestée d'abord par M. Cadet de Gassicourt, paraît maintenant bien démontrée; elle est admise dans un certain nombre de travaux plus récents, et en particulier par M. Marfan, qui l'a étudiée spécialement chez les nouveau-nés et chez les nourrissons soumis à l'allaitement artificiel.

Du reste, je disais dans mon premier travail sur ce sujet que les faits observés par moi se rapportaient surtout à des enfants de un à deux ans, mais que probablement aussi on pouvait les rencontrer chez des enfants plus jeunes ou plus âgés soumis à une alimentation vicieuse, et M. Renard a publié des observations

prises dans mon service chez des enfants au-dessous de 6 mois et chez une fillette de 6 ans.

INFECTION A DÉTERMINATIONS MULTIPLES

46. — **Infection mixte par streptocoque et par bacterium coli commune**, en collaboration avec M. Gastou. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 631.

Il s'agit dans ce cas d'une infection à déterminations multiples (arthrites purulentes, méningite suppurée, éruptions pustuleuses de la peau, lésions viscérales). Un petit panaris du doigt avait été le point de départ d'une infection par le streptocoque, que l'on retrouva dans des vésicules d'herpès labial; mais en outre, dans le pus des articulations et des méninges, c'est le bacterium coli commune que l'on rencontra. Comment le bacterium coli, normalement saprophyte, est-il devenu pathogène? En prenant pour base d'une interprétation les recherches de M. Bouchard et de ses élèves sur les produits solubles que fabriquent les microbes, et dont les uns sont vaccinants, les autres toxiques, d'autres enfin prédisposants, on peut se demander si ce ne serait pas grâce aux produits solubles dérivés du streptocoque que le bacterium coli serait devenu pathogène. Si cette hypothèse était démontrée, elle pourrait servir à expliquer aussi certaines septicémies spontanées dont le mécanisme nous échappe, et aurait ainsi une portée générale incontestable.

GRIPPE

47. — **De l'influenza.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 521.

Exposé de quelques symptômes observés dans l'épidémie d'influenza et différents des symptômes habituels de la grippe.

48. — **De la pseudo-méningite grippale.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 260.

49. — **Un cas de méningite grippale.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1893, p. 289.

Dans les deux premiers faits, observés en 1889-90, les phénomènes pouvant faire craindre la méningite avaient été vagues, mal définis, et surtout n'arrivaient pas à constituer un ensemble pour lequel ce diagnostic pût être admis sans contestation.

Au contraire, dans le dernier cas, on retrouvait au complet le tableau de la méningite; la seule dissonance était fournie par l'examen de la courbe thermique, qui montrait des oscillations de 2 ou 3 degrés du matin au soir. Le diagnostic de grippe à forme méningée ayant été posé, le traitement par les bains froids fut institué, et après quelques alternatives l'enfant guérit complètement.

Ce fait semble donc démontrer : 1° que la méningite est une des localisations possibles, quoique rares, de la grippe; 2° que la méningite grippale peut guérir.

J'avais songé d'abord à signaler ici quelques autres travaux se rapportant aussi à des maladies infectieuses (stomatite à staphylocoques, péritonite à pneumocoques, pleurésies); mais, comme ces maladies se sont caractérisées par des déterminations locales bien nettes, j'ai préféré en reporter plus loin l'analyse.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE; AFFECTIONS CUTANÉES

50. — **Des manifestations précoces de la syphilis héréditaire, étudiées spécialement au point de vue du diagnostic.** *Progrès médical*, 1888, II, pp. 469, 489, 525 et 1889, I, pp. 1, 29, 64, 103. — *Études de clinique infantile*, p. 1.

Le diagnostic de la syphilis héréditaire présente une importance de premier ordre, et l'on ne saurait trop s'appliquer à reconnaître cette maladie dès sa première apparition, à la *dépister* en quelque sorte, alors que les symptômes par lesquels elle se manifeste sont encore à peine ébauchés. Ce *diagnostic précoce* assure, en effet, non pas seulement le sort de l'enfant, dont les chances de guérison seront d'autant plus grandes que le mal aura été reconnu plus tôt, mais aussi celui de la nourrice, qui risque d'être contaminée, si elle continue à donner le sein à un enfant malade.

Les descriptions des auteurs présentant sur ce point spécial quelques lacunes et une certaine obscurité, j'ai été amené à étudier la valeur des symptômes de la syphilis héréditaire précoce, et à voir quels sont ceux qui les premiers pourront mettre sur la voie du diagnostic. Ce diagnostic est d'autant plus difficile que les manifestations de la syphilis héréditaire diffèrent notablement de celles qui caractérisent la syphilis acquise, et en particulier qu'elles ne présentent pas l'évolution régulière à laquelle on est habitué dans celle-ci.

1° *Au moment même de la naissance* et dans les quelques jours qui suivent, l'enfant paraît généralement sain, et ce n'est que dans des cas assez rares que l'on constate les lésions de la syphilis bulleuse. Cette éruption, décrite autrefois sous le nom de pem-

phigus syphilitique, se différencie du pemphigus simple, par l'époque à laquelle elle apparaît, par son siége (à la paume des mains et à la plante des pieds), et enfin par les caractères des bulles qui sont purulentes, sanguinolentes et laissent en se crevant une ulcération à fond rougeâtre.

2° Généralement l'enfant paraît *sain au moment de la naissance*, et les accidents n'apparaissent que plus tard, *de la 2e à la 6e semaine,* quelquefois seulement au bout de quatre, cinq ou six mois.

La *roséole* est très rare, si l'on entend par là une manifestation comparable à la roséole de la syphilis acquise; les éruptions décrites sous ce nom sont ou bien des éruptions banales, n'ayant rien à faire avec la syphilis, ou bien des formes plus ou moins atténuées de la syphilide maculeuse.

La *syphilide maculeuse,* que je ne veux pas décrire ici, est presque toujours caractéristique; on ne pourrait guère hésiter que dans les cas où l'éruption est récente et l'hésitation ne durerait guère. La *syphilide papuleuse*, plus tardive, est aussi très importante pour le diagnostic. Lorsque les papules qui constituent cette éruption sont soumises à certaines causes d'irritation, et particulièrement dans les points où deux surfaces cutanées sont en contact, elles peuvent s'excorier, et subissent une transformation qui les fait ressembler à des *plaques muqueuses.* Le fait était connu; ce qui l'était moins, c'est la localisation particulière d'une de ces lésions, sur laquelle j'ai attiré l'attention; je veux parler des *plaques muqueuses auriculaires*, c'est-à-dire de celles qui occupent le pli demi-circulaire séparant du crâne le pavillon de l'oreille.

La syphilis peut encore se manifester par des *gommes de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané*, formant de petites tumeurs, souvent disséminées en assez grand nombre; quant aux *ulcérations,* elles peuvent se produire sur une lésion quelconque, mais n'ont pas d'existence autonome, c'est-à-dire qu'il n'existe pas une syphilide ulcéreuse vraie.

Sous le nom d'*éruptions pseudo-syphilitiques*, je range un cer-

tain nombre d'éruptions que l'on a rattachées à la syphilis, mais que je crois devoir en distraire (érythème squameux, ecthyma, acné, impetigo).

Je sépare aussi de la syphilis l'*érythème papuleux* décrit par Parrot sous le nom de syphilide lenticulaire. (Je reviendrai plus loin sur les caractères et le diagnostic de cette lésion.)

L'*onyxis* et le *périonyxis ulcéreux* se voient souvent en dehors de la syphilis et n'ont par conséquent pas grande valeur pour le diagnostic ; il en est de même de l'*alopécie* qui est un phénomène banal chez les enfants.

Quant aux *adénopathies*, elles sont aussi rares dans la syphilis héréditaire qu'elles sont fréquentes et caractéristiques dans la syphilis acquise.

Parmi les lésions buccales, il faut signaler surtout les *fissures des lèvres* que je divise en fissures *médianes* (signe à peu près certain de syphilis), fissures *dispersées* (signe positif) et fissures *commissurales* (ce sont à proprement parler des plaques muqueuses).

Les *plaques muqueuses de la muqueuse buccale ou pharyngée* sont extrêmement rares, si l'on ne considère pas comme telles (et ce serait une grande faute) les plaques ptérygoïdiennes de Parrot, l'ulcération médio-palatine et quelques autres lésions banales.

Les plaques muqueuses sont rares aussi sur la langue ; la *lesion décrite par Parrot sous le nom de syphilide desquamative de la langue n'est pas en rapport avec la syphilis ;* c'est une lésion assez fréquente chez les enfants jusqu'à 5 ou 6 ans et qui paraît surtout en rapport avec la dentition et un mauvais état des voies digestives ; elle a été étudiée spécialement par un de mes internes, M. Guinon.

Le *coryza* est l'*un des symptômes les plus constants* et *les plus précoces* de la syphilis héréditaire ; il est surtout caractéristique lorsque l'écoulement nasal devient sanieux, sanguinolent, et laisse à l'orifice des narines des croûtes verdâtres ou noircies par le sang.

Un phénomène assez fréquent, que je n'ai pas vu signalé dans les auteurs, consiste dans une sorte de rétraction ou de resserre-

ment des orifices antérieurs des narines ; la peau est à ce niveau plus lisse, plus tendue, comme attirée à l'intérieur, et l'orifice est lui-même plus étroit : il semble que la narine se rétracte vers l'intérieur.

Il serait trop long d'entrer dans le détail des autres manifestations de la syphilis héréditaire, mais je dois cependant m'arrêter un instant sur les rapports de cette maladie avec le *rachitisme*. Sous ce rapport, je crois que l'opinion de Parrot est très exagérée : sans doute la syphilis peut conduire au rachitisme, mais au même titre que toute autre maladie capable de produire une dénutrition, une dégénérescence ; il n'y a là rien de spécial. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la syphilis est l'une des causes déprimantes qui souvent, le plus souvent peut-être, favorisent l'évolution du rachitisme.

Au point de vue des *phénomènes généraux*, la syphilis héréditaire peut évoluer chez le nouveau-né sans déterminer, au moins pendant un certain temps, de troubles de la santé générale, et par contre la cachexie peut être la première manifestation apparente de la syphilis, et c'est à cette maladie que l'on doit penser si l'on voit chez un enfant de quelques semaines ou de quelques mois survenir une décrépitude dont on ne trouve pas la raison.

Les manifestations de la syphilis héréditaire, et en particulier les éruptions cutanées, présentent souvent certains caractères communs qui permettent de les distinguer des éruptions ayant une autre origine. Le *siège* de ces éruptions est assez spécial : *la paume des mains* et *la plante des pieds* sont, plus que tout autre point, le siège de prédilection du pemphigus ; la syphilide maculeuse et la syphilide en plaques se voient particulièrement sur les *cuisses*, au voisinage des *genoux* et, au contraire, sont beaucoup plus rares et plus discrètes sur le tronc. Dans les régions anogénitales, elles affectent tout spécialement le *voisinage immédiat de l'anus ;* si l'éruption siège sur les fesses, en respectant le pourtour et les plis radiés de l'anus, il y a beaucoup de chances pour qu'elle ne soit pas syphilitique.

La face présente souvent des éruptions, et dans cette région, c'est spécialement au *menton*, au *pourtour de la bouche* et *des narines*, et dans les *sourcils* que se produisent les éruptions syphilitiques.

La *coloration* des éruptions est moins caractéristique que dans la syphilis acquise; au début, elles ont souvent une teinte violacée, puis cette teinte pâlit, devient jaunâtre, feuille morte; au menton spécialement, les plaques sont souvent recouvertes et comme masquées par une mince couche grisâtre, assez comparable à la fine poussière qui recouvre certains fruits.

L'ordre d'apparition des symptômes est assez important : le plus précoce de tous est le *pemphigus*, qui paraît soit dès la naissance, soit au plus dans les cinq ou six premiers jours.

Le coryza ne survient généralement que plus tard, vers la troisième semaine; c'est pourtant l'une des manifestations les plus précoces et aussi l'une des plus fréquentes. Les *fissures des lèvres* paraissent aussi de bonne heure et précèdent de quelques jours ou de quelques semaines les éruptions.

Parmi celles-ci, les premières qui se montrent se font ordinairement au voisinage de l'anus et au menton, puis dans les sourcils. La syphilide maculeuse ne tarde pas à paraître, et, quelque temps après, la syphilide en plaques. Ces deux variétés d'éruptions peuvent coexister, soit qu'elles se soient succédé assez rapidement, soient qu'elles aient paru en même temps.

La syphilide gommeuse, que l'on devrait s'attendre à n'observer qu'à une période assez tardive, se manifeste souvent, au contraire, de bonne heure, et peut même précéder les éruptions superficielles.

Les plaques muqueuses de l'anus sont assez précoces, mais les plaques auriculaires ne le sont pas moins, et plus d'une fois j'ai pu établir le diagnostic de la syphilis en constatant du coryza, des fissures et des plaques muqueuses à l'oreille.

Quant aux autres symptômes, il est presque impossible d'indiquer l'époque à laquelle ils doivent apparaître, car rien n'est

plus variable : les lésions osseuses, par exemple, peuvent ne se manifester que très tardivement par des signes physiques et, d'autres fois, le premier symptôme révélateur de la syphilis sera une pseudo-paralysie, c'est-à-dire une lésion osseuse.

51. — **Des manifestations laryngées de la syphilis héréditaire précoce.** *Progrès médical*, 1889, I, p. 368, 389. — *Études de clinique infantile*, p. 89.

Les manifestations laryngées de la syphilis héréditaire précoce, extrêmement rares d'après Parrot, Roger, Henoch, seraient au contraire assez communes d'après Mackenzie, qui dit en avoir observé soixante-seize cas. Une opinion intermédiaire me paraît se rapprocher plus de la réalité; j'en rapporte moi-même six observations inédites, dont quatre personnelles.

Les manifestations laryngées de la syphilis héréditaire paraissent surtout dans le cours de la première année et d'une façon plus précise encore dans les six premiers mois; elles se caractérisent par des lésions qui varient suivant l'intensité et la durée de la maladie; dans les trois cas, dont j'ai fait l'autopsie, on trouvait sur l'une des cordes vocales une ou deux ulcérations à fond rouge; l'examen histologique montra à ce niveau une disparition de la couche épithéliale et une destruction plus ou moins profonde de la couche sous-jacente, le fond de l'ulcération étant formé par des éléments embryonnaires.

Les symptômes sont variables et il n'existe pas une relation absolue entre l'intensité des lésions et la gravité des troubles fonctionnels. Les *altérations de la voix* (ou plutôt du *cri*, chez les petits enfants) constituent l'un des phénomènes les plus importants : elles varient depuis l'enrouement léger jusqu'à l'aphonie la plus absolue. Le plus souvent, le cri prend un timbre spécial, nasillard, puis sourd, rauque, avec des variations d'un moment à l'autre.

La *toux* est fréquente et souvent angoissante.

La *respiration* est souvent embarrassée. accompagnée de sifflements ou d'un ronflement stertoreux; dans quelques cas, il se produit des attaques de dyspnée plus ou moins intenses, et lorsqu'on

les observe en même temps que les altérations de la voix et les autres symptômes signalés plus haut, on peut croire qu'il s'agit d'un cas de *croup;* c'est ce qui est arrivé dans plusieurs des observations que je rapporte; dans deux de ces faits (observés l'un par M. Dieulafoy, l'autre par moi), les enfants ont guéri à la suite du traitement mercuriel. Il est donc très important d'être prévenu que les *manifestations laryngées de la syphilis héréditaire peuvent se traduire par des symptômes qui ressemblent à ceux du croup.*

52. — **La pseudo-paralysie syphilitique infantile.** *Études de clinique infantile*, p. 74. — *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 104.

Elle se caractérise par une impotence plus ou moins complète d'un ou de plusieurs membres, coïncidant avec une lésion osseuse d'origine syphilitique.

Cette lésion essentielle, constante, est toujours en apparence un décollement épiphysaire, mais en réalité une fracture, et cette fracture siège, non pas à la réunion de la diaphyse avec l'épiphyse, mais plus bas, là où commence le tissu osseux.

Il ne s'agit donc pas là d'une paralysie véritable, mais d'un phénomène analogue à celui qui se voit dans les fractures ou les luxations traumatiques.

Le plus ordinairement, c'est à l'extrémité supérieure de l'humérus que siège la lésion, d'autres fois c'est au fémur. Souvent du reste plusieurs os sont malades, et l'on constate, soit en même temps, soit à quelques jours de distance, l'impotence des deux membres supérieurs ou même des quatre membres.

Pour le diagnostic, on ne doit guère se préoccuper de l'existence des manifestations cutanées, car souvent elles font défaut, mais la lésion osseuse est assez caractéristique, assez spéciale pour que l'on ne doive guère hésiter.

Quant au pronostic, il dépend de l'existence ou de l'absence de lésions viscérales profondes. J'ai, dans un bon nombre de cas, observé la guérison de cette lésion, à la suite du traitement spécifique.

53. — **Des érythèmes fessiers chez les enfants du premier âge.** *Semaine médicale*, 1887, p. 417. — **De l'érythème papuleux des fesses chez les jeunes enfants.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1887, p. 450. — **Érythème simple des fesses et érythème lenticulaire.** *Études de clinique infantile*, p. 35. — V. aussi JACQUET, *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1886, p. 208 et *thèse de Paris*, 1888.

Les nouveau-nés et les enfants du premier âge présenten souvent sur les fesses et sur les régions avoisinantes des éruptions de nature diverse, parmi lesquelles deux surtout sont intéressantes en raison de leur fréquence et des erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu.

1° L'*érythème simple* ou *vésiculeux* se présente tantôt sous forme de petites taches rouges isolées et disséminées sur les fesses et les régions avoisinantes, tantôt sous forme de plaques plus ou moins étendues, quelquefois même généralisées à toute la région du *siège*. Dans tous les cas d'ailleurs, le début est le même et a lieu par une *vésicule* qui se dessèche ou se déchire, laissant après elle une rougeur plus ou moins vive, et, dans certains cas, des érosions ou même de véritables ulcérations.

Cet érythème vésiculeux résulte du *contact sur la peau de matières intestinales altérées*. C'est en effet chez les enfants qui présentent de la diarrhée, et spécialement de la diarrhée verte, que se manifeste l'érythème vésiculeux; une fois apparu, il peut du reste persister plus ou moins longtemps après que la diarrhée a disparu, entretenu alors par l'état d'affaiblissement dans lequel se trouve le petit malade, et aussi par certaines causes secondaires, telles que le frottement de linges trop rudes, les soins de propreté insuffisants, etc.

Le diagnostic de l'érythème simple est ordinairement facile : la localisation de l'éruption sur la partie convexe des fesses et sur le périnée, quelquefois sur les cuisses et les mollets, l'existence de vésicules sur les bords ou au voisinage des plaques rouges, alors même qu'elles ont disparu sur ces plaques elles-mêmes, les

caractères de l'éruption qui ne ressemble à aucune autre, ne permettent guère l'hésitation.

2° *L'érythème lenticulaire* (*érythème papuleux post-érosif* ou *syphiloïde post-érosive* de Jacquet) n'est en somme qu'une modification ou une transformation de l'érythème vésiculeux, mais présente un intérêt spécial au point de vue du diagnostic, et aussi en raison des controverses auxquelles il a donné lieu.

Observée à son état de complet développement, cette éruption apparaît constituée par des papules arrondies, ayant un diamètre moyen de 4 à 5 millimètres, quelquefois plus petit ou plus grand, et présentant une teinte d'un rouge foncé, souvent brunâtre ou violacé. Ces papules aplaties, mais généralement dures et facilement perceptibles au doigt, sont recouvertes à leur centre d'un épiderme luisant, tandis que souvent leur contour est marqué par une couche d'épithélium frangé, formant des plissements rayonnés. Entre les papules, la peau est saine ou présente des reliquats d'un érythème simple ; souvent aussi elle est parsemée de taches d'un rouge brun plus ou moins sombre, quelquefois ardoisé, peu ou pas saillantes et qui sont le vestige de papules en voie de guérison.

Elles occupent surtout la partie saillante des fesses, ou bien les bords des plis fessiers, d'autres fois la face interne des cuisses ou la face postérieure des mollets ; elles sont ordinairement plus rares et moins saillantes sur la partie postérieure du scrotum ou la face externe des grandes lèvres, ainsi qu'au voisinage de l'anus. Une particularité assez curieuse mérite d'être signalée : c'est l'*intégrité des plis naturels de la peau* (plis fessiers, pli génito-crural), au voisinage desquels l'éruption s'arrête sans jamais se développer dans le fond de ces plis.

Parrot avait bien observé cette lésion et l'avait décrite sous le nom d'*érythème papuleux*, en la rapprochant de l'érythème simple ; mais plus tard, entraîné par le courant qui le portait à incriminer si souvent la syphilis, il n'hésitait plus à faire de l'érythème papuleux une lésion syphilitique et la décrivait sous le nom de *syphilide lenticulaire*.

Cette opinion me paraît beaucoup trop absolue, et sans nier que, dans certains cas, la syphilis puisse produire des papules disséminées sur les fesses et le périnée, je crois que, le plus souvent, *ces papules sont indépendantes de la syphilis*, ou en d'autres termes qu'il existe un érythème papuleux simple, auquel j'ai donné le nom d'*érythème lenticulaire*.

Pour démontrer ce fait, il ne faut pas se borner à étudier la papule complètement constituée, adulte, il faut la prendre à son début et suivre son développement jusqu'à cet état adulte. Cela n'est pas toujours facile; mais quelquefois, à côté des papules, on voit des vésicules analogues à celles de l'érythème simple décrit plus haut. Si cette lésion, au lieu de guérir, continue à évoluer, *on constate que la vésicule est remplacée par une érosion, puis celle-ci, se mettant à bourgeonner, devient papuleuse*. Tout cela se passe d'ailleurs assez rapidement, dans l'espace de quelques jours tout au plus et, très rapidement aussi, la papule s'affaisse pour laisser à sa place une tache violacée ou brune; cette coloration est, au contraire, assez lente à disparaître.

La nature de l'érythème papuleux est encore démontrée par ce fait que, par un traitement très simple, les malades ne tardent pas à guérir complètement et ne présentent ultérieurement aucun signe qui puisse faire incriminer la syphilis. Enfin l'histologie et l'étiologie fournissent aussi des arguments, en montrant que les lésions et les causes sont les mêmes dans l'érythème simple et dans l'érythème lenticulaire.

Le diagnostic de l'érythème lenticulaire n'offre guère de difficulté que pour ce qui concerne la syphilis, mais là le diagnostic est aussi délicat qu'il est important. Considérée en elle-même, abstraction faite de tout ce qui l'entoure, la papule post-érosive ressemble absolument à une papule syphilitique.

Ce qui fera faire le diagnostic, c'est l'examen général de l'enfant, chez lequel on ne trouve aucun signe de syphilis, et cette circonstance n'est pas sans valeur à l'âge de 5 ou 6 mois, époque de la plus grande fréquence de l'érythème lenticulaire. C'est aussi

la localisation à peu près exclusive aux régions fessières et l'intégrité absolue des plis de la peau. C'est encore la coïncidence, dans un bon nombre de cas, de vésicules ou d'érosions. C'est enfin la marche de l'éruption qui, très rapidement, se modifie par un traitement très simple (régularisation des fonctions intestinales, soins de propreté, lotions astringentes et antiseptiques). Les syphilides, au contraire, occupent surtout le voisinage *immédiat* de l'anus; elles présentent une durée beaucoup plus longue et ne guérissent que par le traitement spécifique.

54. — **Erythème marginé; rapports de cette affection avec le rhumatisme.** *Progrès médical*, 1873, pp. 318, 347.

Une jeune fille de 21 ans, après quelques phénomènes généraux mal définis, présente une éruption qui offre les caractères de l'érythème marginé; puis surviennent dans plusieurs articulations des douleurs vives; quelques jours après, le cœur se prend (endocardite mitrale et aortique); l'éruption disparaît, mais les douleurs persistent; enfin à quelques jours de distance, on voit à différentes reprises alterner l'éruption (un peu différente, plus papuleuse) et les douleurs articulaires, qui à la fin affectent surtout les petites articulations des doigts.

La marche de la maladie, les rapports réciproques de l'éruption et des manifestations articulaires et cardiaques m'avaient fait admettre une relation entre ces divers phénomènes, et j'avais cru pouvoir rattacher le tout au rhumatisme. Aujourd'hui l'interprétation serait certainement différente, mais le fait pris en lui-même n'en est pas moins très intéressant.

55. — **Tuberculose cutanée infantile.** *Société de Dermatologie*, in *Annales de dermatologie*, 1890, p. 419.

56. — **Tuberculose cutanée guérie.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 213.

Cette observation, relative à un enfant de 9 ans qui portait sur les deux mains des lésions de tuberculose cutanée à forme papillo-crustacée, montre bien l'importance que présente dans les cas

de ce genre le traitement local; c'est en effet exclusivement au traitement local par les cautérisations au galvano-cautère que paraît due la guérison. Pendant le séjour à Salins-Moutiers, où ce traitement a été suspendu, l'amélioration cessa de s'accentuer, si tant est qu'il n'y ait pas eu un retour en arrière; et cependant l'état général avait subi pendant cette période une modification favorable. Les lésions lymphatiques ascendantes (dans les ganglions correspondants) avaient elles-mêmes bénéficié du traitement local.

57. — **Lymphadénie cutanée.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 780.

58. — **Traitement des kéloïdes.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1893, p. 169.

Dans un cas de kéloïde consécutive à un zona chez une enfant de 5 ans, le traitement local (scarifications au bistouri ou au galvano-cautère, applications d'emplâtre de Vigo) n'avait amené qu'un résultat très peu appréciable; on se contenta alors de donner à l'intérieur une solution d'arséniate de soude dans le but de relever l'état général; quelques mois après, les plaques kéloïdiennes avaient en grande partie disparu.

HYGIÈNE ET PATHOLOGIE
DE LA PREMIÈRE ENFANCE

59. — **De l'ascite congénitale.** Rapport sur la candidature de M. Porak. *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 314.

L'ascite congénitale est ordinairement accompagnée de lésions du péritoine et aussi d'altérations plus ou moins importantes des viscères de l'abdomen; souvent aussi on note en même temps, chez l'enfant qui en est atteint, des malformations ou des vices de conformation. L'étiologie est assez mal connue, cependant l'influence de la syphilis ne paraît pas douteuse pour un certain nombre de cas.

60. — **Des accidents de la première dentition.** *Progrès médical*, 1882, p. 741. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 452.

La dentition est une fonction physiologique qui peut évoluer complètement et se terminer sans donner lieu à aucun incident local ou général, c'est peut-être le cas le plus rare. Chez beaucoup d'enfants, tout se borne à des phénomènes locaux. Enfin, dans un certain nombre de cas, l'éruption de la dent ou d'un groupe de dents est précédée, *à une époque tantôt assez rapprochée, tantôt plus ou moins éloignée, mais telle cependant que le rapport de cause à effet soit indéniable*, d'accidents divers, variables suivant les cas, et qui d'ailleurs se produisent d'autant plus facilement qu'à cet âge les réactions sont plus vives et plus intenses, en raison de l'impressionnabilité nerveuse, particulière à l'enfant.

Parmi les phénomènes imputables aux crises de dentition, je

signale des *envies très fréquentes d'uriner* aboutissant seulement à l'émission de quelques gouttes d'urine. Ce symptôme, que je n'avais pas vu indiqué jusqu'à présent, est en effet très ordinaire dans ces cas.

61. — **L'urticaire chez les enfants.** *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 452.

L'urticaire chez les jeunes enfants peut survenir à la suite de l'ingestion des œufs (j'en ai observé un exemple très net chez un enfant de 13 mois, d'ailleurs bien portant); d'autre part cette éruption peut se développer sous l'influence de la dentition. Il est probable que dans les deux cas il existe, comme cause intermédiaire, un trouble des fonctions digestives.

62. — **Le lait stérilisé.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1890, p. 719.

Le lait stérilisé ne présente pas seulement l'avantage d'être débarrassé des microbes qui, comme celui de la tuberculose, peuvent s'y trouver accidentellement et aussi de tous les microbes qui toujours, au bout de très peu de temps, existent dans le lait le plus normal et en favorisent l'altération; il présente encore une particularité très importante : par le fait de la préparation qu'a subie le lait, la caséine se trouve modifiée, et semble se rapprocher, par sa constitution, de la caséine du lait de femme ou d'ânesse; en tout cas, le caillot formé dans l'estomac n'est plus compact comme cela a lieu avec le lait non stérilisé; mais il est plus ou moins grenu, friable et par conséquent plus facile à digérer.

63. — **Les nouveau-nés chétifs et malades à l'hospice des Enfants-Assistés.** *Congrès d'Assistance publique*, 1889, II, p. 158, et *Études de clinique infantile*, p. 298.

Parmi les questions que soulève à Paris l'organisation du service des Enfants-Assistés, il en est une qui, suivant les époques et suivant le point de vue auquel on se plaçait, a reçu des solutions

différentes : *Les nouveau-nés abandonnés doivent-ils être de suite envoyés à la campagne, ou convient-il de les garder, dans certains cas tout au moins, à l'hospice dépositaire pendant un temps plus ou moins prolongé?* Les Rapporteurs du service des Enfants-Assistés au Conseil général de la Seine ont toujours insisté sur la nécessité de faire partir les enfants aussitôt que possible, et ils pouvaient en cela se prévaloir de l'autorité du Professeur Parrot, qui avait dit : « Pour beaucoup de ces enfants, l'envoi à la campagne est l'unique chance de salut qu'ils possèdent. » Par contre, les Inspecteurs départementaux et les Directeurs d'agences se plaignaient journellement que des enfants envoyés prématurément mouraient peu de jours après leur arrivée, et quelquefois même en voyage.

A la suite des modifications apportées à l'Hospice des Enfants-Assistés, modifications que j'ai déjà signalées plus haut (p. 18), j'ai eu la satisfaction de constater une diminution de la mortalité de ces enfants débiles et j'ai pu formuler les conclusions suivantes en réponse à la question posée plus haut :

1° Les enfants abandonnés bien portants, qui présentent pour leur âge des conditions de vitalité suffisantes, doivent aussitôt que possible être envoyés à la campagne; il n'y a pas même à se préoccuper sérieusement pour eux de l'influence des saisons; bien enveloppés, ils supporteront le voyage sans en souffrir.

2° Les enfants débiles, chétifs, soit parce qu'ils sont nés avant terme, soit parce qu'ils ont été mal soignés depuis leur naissance jusqu'au moment de leur admission, peuvent être *conservés à l'hospice*, le séjour dans cet établissement, tel qu'il est actuellement installé, n'étant plus pour eux « la mort fatale, inéluctable », et au contraire, ils *peuvent y avoir des chances de survie qu'ils ne trouveraient peut-être pas à la campagne.* Ils doivent donc être gardés à l'hospice, surtout dans la saison froide.

3° L'influence nosocomiale est plus à craindre pour les enfants de 1 à 2 ans, et ceux-ci, à moins qu'ils ne soient malades, doivent aussi être envoyés à la campagne aussitôt que possible.

4° Les enfants syphilitiques doivent être conservés à l'hospice

pour être nourris au pis de l'ânesse, et soumis au traitement anti-syphilitique. La même règle est applicable aux enfants, qui, sans avoir de signes positifs, présentent tout au moins certains symptômes pouvant faire craindre le développement ultérieur de la syphilis congénitale.

Ces conclusions ont été, par moi, mises en pratique dans les dernières années que j'ai passées à l'hospice des Enfants-Assistés, et les statistiques ont montré pendant ce temps une *diminution de la mortalité pour les enfants envoyés en province aussi bien que pour ceux qui restaient à l'hospice.*

64. — **La nourricerie des ânesses à l'hospice des Enfants-Assistés.** *Congrès international d'hygiène*, 1889, II, p. 165 et *Etudes de clinique infantile*, p. 308.

La nourricerie par les ânesses a été instituée par Parrot pour les enfants atteints de syphilis congénitale et pour ceux qui, sans présenter de signes positifs de cette maladie, sont au moins suspects.

Les enfants sont mis directement au pis de l'ânesse, et généralement prennent bien le trayon dès le premier jour, quelquefois seulement après plusieurs essais. Ce lait est ordinairement bien digéré, mais souvent il détermine des selles fréquentes et même un peu de diarrhée (au moins dans les premiers jours); mais il suffit presque toujours de diminuer la tétée pour faire cesser cette diarrhée.

Il est un autre fait assez particulier et qui se retrouve presque constamment chez les enfants soumis à l'allaitement par l'ânesse : c'est une diminution de poids qui se produit vers la deuxième ou troisième semaine, soit en même temps que la diarrhée (et alors le fait s'explique facilement), soit même sans diarrhée.

Puis, dans les cas favorables, la courbe se relève et suit une progression ascendante plus ou moins accentuée. D'autres fois, par contre, la courbe des poids reste pendant plusieurs semaines

ou même pendant plusieurs mois au même niveau, avec quelques oscillations insignifiantes, et finalement l'ascension se produit. Enfin, dans d'autres circonstances, on constate une diminution progressive plus ou moins marquée, et enfin la mort. Ces cas sont malheureusement assez fréquents, et le fait ne pourra surprendre ceux qui savent dans quel état de cachexie les syphilitiques arrivent souvent à l'hospice.

En somme, les résultats sont aujourd'hui beaucoup moins brillants que du temps de Parrot; on peut être surpris de ce fait qui contraste avec l'amélioration observée dans l'établissement à tous autres égards. Je crois qu'il faut l'expliquer en disant que la population de la nourricerie n'est plus la même qu'autrefois. En effet, Parrot traitait comme syphilitiques un bon nombre d'enfants que nous considérons comme atteints de lésions banales; or ces enfants, qui guérissaient presque tous, venaient grossir le total des cas favorables cités dans la statistique et diminuer d'autant la proportion de la mortalité.

En fait, l'allaitement par l'ânesse ne vaut certainement pas l'allaitement au sein, et lorsque les enfants syphilitiques peuvent être nourris par leur mère ou par une nourrice qui ayant elle-même été contaminée antérieurement n'a plus rien à craindre, cela est certainement bien préférable. D'autre part, l'allaitement par l'ânesse vaut encore beaucoup mieux que l'élevage au biberon avec le lait de vache.

65. — **Diarrhée infectieuse du sevrage.** *Bull. de la Soc. hôp., des méd.*, 1893, p. 451. — V. aussi Lesage, *Maladies du nouveau-né*, in *Guide pratique des sciences médicales*, 1891, p. 1131.

La diarrhée infectieuse du sevrage et les accidents qui l'accompagnent (fièvre, éruptions multiformes poussées de congestion pulmonaire ou même de broncho-pneumonie, congestion méningée, etc.) sont dus à une alimentation impropre, en particulier à l'usage de la viande, que les enfants de cet âge ne peuvent digérer.

66. — **Traitement de la diarrhée des enfants par l'acide lactique.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1888, pp. 12, 13.

67. — **Traitement de la diarrhée des enfants par la poudre de talc.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1888, p. 285.

68. — **Traitement des végétations de l'ombilic chez les nouveau-nés.** *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1887, p. 256.

Le meilleur moyen consiste à recouvrir ces petites végétations de tannin; il se forme une croûte et, celle-ci détachée, on fait une ou plusieurs autres applications de tannin.

69. — **Des applications de l'iodoforme chez les enfants.** *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1887, p. 255.

L'iodoforme trouve fréquemment son emploi dans la thérapeutique infantile; en dehors de ses applications chirurgicales (pansement des plaies traumatiques ou opératoires) il possède une efficacité incontestable dans toutes les affections ulcéreuses de la bouche et des lèvres, la diphtérie cutanée, l'impétigo, les plaies ulcéreuses à la suite des fièvres graves, etc.

APPAREIL DE LA DIGESTION; PÉRITOINE

70. — **Réaction de la salive chez les enfants.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891., p. 345. — V. aussi *Thèse* de POULAIN, p. 22.

Chez les enfants présentant une maladie de la bouche (stomatite, diphtérie), la salive a très souvent une réaction acide, mais il faut bien savoir qu'il en est de même à l'état normal; dans des recherches statistiques, on a trouvé la réaction acide 55 fois, alcaline 14 fois, neutre 22 fois. Chez les jeunes enfants nourris au lait, la réaction était presque toujours acide.

71. — **Sur une variété de stomatite diphtéroïde à staphylocoques** (*Stomatite impétigineuse*) **en collaboration avec M. GASTOU.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 316, 343. — V. aussi : *Études de clinique infantile*, p. 292. — JULIEN, Contribution à l'étude de la stomatite dans la rougeole, *Thèse de Paris*, 1886. — POULAIN, Contribution à l'étude des stomatites dans l'enfance et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse, *Thèse de Paris*, 1892.

Cette stomatite affecte d'abord et souvent d'une façon exclusive la face interne des lèvres, parfois aussi en même temps certains points de la muqueuse buccale; elle se manifeste dans ces points par des plaques blanchâtres d'apparence diphtéroïde qui font corps avec la muqueuse ou du moins ne peuvent en être séparées sans déchirure et se transforment ensuite sur la partie de la lèvre exposée à l'air en croûtes sanguinolentes.

On peut aussi, mais plus rarement, observer des plaques sur différents points de la muqueuse buccale, et spécialement à la face

interne des joues. Sur la langue, les lésions sont plus petites et occupent les bords.

Les plaques siégeant sur la muqueuse ne déterminent pas de douleurs bien appréciables; mais lorsque les lèvres sont fendillées et couvertes de croûtes, les moindres mouvements sont douloureux et l'alimentation peut alors devenir très difficile. Il n'y a pas de fétidité de l'haleine et pas non plus de tuméfaction des ganglions, au moins du fait de la stomatite.

Cette maladie se voit surtout chez des enfants débilités ou souffrant de troubles gastro-intestinaux; elle est particulièrement fréquente à la suite ou dans le cours de la rougeole ou de la coqueluche, mais peut être observée indépendamment de ces maladies. Elle coïncide fréquemment avec le coryza chronique et surtout, d'une façon à peu près constante, avec l'impétigo de la face.

Le diagnostic est facile avec les aphtes, la gangrène de la bouche, le muguet, les lésions buccales de la syphilis congénitale, la stomatite ulcéro-membraneuse; il est plus difficile pour la diphtérie, et certainement la confusion a été faite dans un bon nombre de cas. L'erreur peut cependant être évitée d'après les caractères suivants : cette stomatite est surtout intense au niveau des lèvres et ne s'étend pas au pharynx; l'envahissement de la muqueuse se fait en un seul temps et non pas d'une façon progressive, et surtout les plaques sont intimement adhérentes à la muqueuse et ne peuvent en être détachées sans effraction.

D'ailleurs, l'*examen bactériologique* montre l'absence du bacille de Lœffler, mais révèle d'une façon positive et constante l'existence du *staphylococcus aureus*. Le même microbe se retrouve du reste dans l'impetigo et cette analogie autorise à donner à la maladie en question le nom de *stomatite impétigineuse*.

72. — **Traitement de la stomatite ulcéro-membraneuse par l'iodoforme.** *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1887, p. 254.

Sous l'influence des applications d'iodoforme répétées plusieurs fois par jour, les lésions de la stomatite ulcéro-membra-

neuse se modifient rapidement, et la guérison est toujours obtenue en quelques jours si les applications sont bien faites.

73. — **Ulcératione tuberculeuses de la lèvre, du palaie et du larynx, modifiées par des applicatione d'iodoforme.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1884, p. 126.

Les ulcérations (manifestement tuberculeuses) étaient très étendues et occupaient la lèvre supérieure, une grande partie de la voûte palatine et du voile du palais, et le larynx. Sous l'influence d'applications journalières de poudre d'iodoforme, l'ulcération de la lèvre s'était complètement cicatrisée, et la partie antérieure de l'ulcération du palais avait aussi été favorablement modifiée.

74. — **Epithéliome ulcéré de l'amygdale et de la baee de la langue; tuberculoee pulmonaire.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 322.

75. — **Rétréciesement du duodénum avec corps étrangers** (balles de plomb) **de l'eetomac.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 71.

76. — **Le lavage de l'estomac et l'alimentation forcée au moyen de la eonde gastrique.** *Progrès médical*, 1881, p. 1009 (Revue critique).

77. — **Cirrhose avec adénome hépatique; oblitération de la veine porte par le produit néoplasique.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1882, p. 86.

Cliniquement, on trouvait dans ce cas presque tous les symptômes de la cirrhose vulgaire : troubles digestifs, ascite avec développement des veines sous-cutanées abdominales, urines briquetées, teinte terreuse de la face, etc. Il y avait cependant deux faits assez particuliers, c'étaient : d'une part, l'amaigrissement très prononcé et survenu rapidement, et d'autre part, l'évolution de la maladie qui ne datait que de quelques semaines.

Le foie, dont l'examen a été fait par M. Sabourin, présentait à la fois les lésions de la cirrhose et des tumeurs très nombreuses se rapportant au type des productions dénommées adénomes du foie; en même temps la veine porte était oblitérée par une produc-

tion ressemblant à un caillot, mais qui, en réalité, était formée par des cellules analogues à celles qui constituent l'adénome. Fait assez étrange, la rate était normale.

78. — **Kyste hydatiqus du foie onvert dans les voiss biliairss.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 416.
79. — **Kysts hydatique du foie ouvsrt dans ls canal cholédoque.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 470.
80. — **Note sur un cas de kysts hydatiqus dn fois; difficultés dn diagnostio.** *Progrès médical*, 1879, pp. 617, 657.

Ces trois faits, observés à quelques années de distance, présentent une certaine analogie. Dans le premier, la mort est survenue au moment même où le kyste suppuré tendait à s'évacuer par l'intestin; la membrane était en quelque sorte à cheval sur le cholédoque, l'une des extrémités flottant dans le duodénum, alors que l'autre partie était encore dans la poche hépatique. Il y avait eu les jours précédents des vomissements et une diarrhée persistante.

Dans le second fait, caractérisé par des crises de colique hépatique, correspondant vraisemblablement à l'évacuation d'hydatides, on avait trouvé pendant la vie, mélangées aux matières fécales, des membranes présentant l'apparence des membranes hydatiques.

Enfin, dans le troisième, on trouva à l'autopsie des vésicules hydatiques dans le duodénum; la dilatation très marquée du canal cholédoque semblait indiquer que, depuis un certain temps déjà, le kyste était en voie d'évacuation. Dans ce cas également, il y avait eu non seulement des crises de colique hépatique, mais aussi des vomissements et de la diarrhée.

L'examen d'autres observations citées par différents auteurs me fit voir que la *diarrhée* est souvent signalée dans des cas analogues, et je me demandai si ce phénomène ne serait pas en rapport avec l'évacuation du kyste par les voies biliaires : ce serait, dans l'espèce, un symptôme assez important.

81. — **Guérison de kystes hydatiques par la ponction capillaire.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1886, p. 466; — 1888, p. 440.

Plusieurs observations montrent que les kystes hydatiques du foie peuvent guérir par une simple ponction, et prouvent également l'innocuité de la ponction pratiquée avec les précautions nécessaires. Parmi les précautions indispensables pour éviter les accidents, il faut signaler surtout :

1° L'asepsie des instruments;

2° La nécessité d'évacuer complètement le liquide du kyste;

3° L'immobilisation absolue du malade au moins pendant la première journée.

82. — **Cancer du rein avec cancer du foie ; corps fibreux de l'utérus.** *Bull. de la Soc. anat.* 1876, p. 340.

Observation intéressante par les points suivants :

1° Cancer ayant débuté par le rein et ayant évolué sans déterminer de troubles apparents de la sécrétion urinaire (l'uretère atteint dès le début s'étant trouvé presque de suite oblitéré). — Envahissement secondaire du foie et péritonite péri-hépatique donnant lieu à des douleurs pendant les derniers jours seulement.

2° Coexistence de corps fibreux de l'utérus.

83. — **Lymphadénomee multiples occupant lee ganglions rétro-péritonéaux et mésentériques, les ganglions de l'aine, les ganglions du con (avec oblitération de la veine eoue-olavière); tumeur érectile du foie.** *Bull. de la Soc. anat.* 1872, p. 529.

84. — **Tumeur cancéreuse rétro-péritonéale.** *Bull. de la Soc. anat.* 1876, p. 266.

Bel exemple de tumeur rétro-péritonéale, développée dans le tissu conjonctif situé au-devant de la colonne vertébrale.

85. — **Péritonite purulente à pneumocoques.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.* 1890, pp. 439, 467.

Une fillette de 8 ans avait été prise *brusquement* d'une douleur très vive dans le ventre, de vomissements incessants et des phénomènes ordinaires de la péritonite; puis assez rapidement ces accidents si inquiétants s'étaient calmés et en même temps on pouvait constater dans la région sous-ombilicale une matité assez étendue; bientôt après, le ventre commençait à se tuméfier, spécialement dans la région iliaque gauche, et l'on trouvait des signes permettant de conclure à l'existence d'une *collection enkystée.* Enfin tout ce processus se déroulait sans qu'il y eût autre chose qu'une *fièvre très modérée,* la température oscillant tout le temps entre 38 et 39 degrés et ayant même été, à différentes reprises, inférieure à 38 degrés.

Guidé par le souvenir d'un cas de pleurésie purulente métapneumonique (p. 58) qui avait présenté une évolution analogue, j'émis l'hypothèse qu'il pouvait s'agir d'une péritonite à pneumocoques, et j'insistai sur l'urgence d'une intervention; une ponction donna issue à quatre litres de pus dans lequel M. Netter constata l'existence du pneumocoque, sans autre microbe de la suppuration. Je me crus alors autorisé, toujours par analogie avec la pleurésie, à formuler un pronostic favorable; en effet, après incision de la poche et lavage avec une solution de chlorure de zinc, la guérison survint et s'est toujours maintenue depuis.

Ce fait est intéressant non seulement parce qu'il est, je crois, le premier exemple de péritonite à pneumocoques terminée par guérison, mais encore parce que la nature de la maladie avait été déjà soupçonnée avant la ponction et que cette notion ayant été confirmée par l'examen du pus, il avait été possible de formuler un pronostic et un traitement.

APPAREIL RESPIRATOIRE

86. — **Mort subite dans les affections du larynx.** *Progrès médical*, 1874, p. 141.

Les polypes du larynx et peut-être, d'une façon plus générale, les lésions superficielles du larynx peuvent occasionner des accès de suffocation. Développés en général brusquement à la suite d'une émotion, d'un attouchement léger, d'un changement de température, d'un rhume très léger, ces accès de suffocation disparaissent quelquefois aussi rapidement qu'ils sont survenus, mais ils peuvent aussi amener la mort dans un temps très court. La mort paraît due dans ces cas à un spasme laryngien qui vient se surajouter à une lésion anatomique insuffisante par elle-même à amener cette terminaison.

87. — **Anévrysme développé sur un rameau de l'artère pulmonaire au voisinage d'une caverne; rupture de cet anévrysme dans la caverne et hémoptysie foudroyante.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 872.

88. — **Anévrysme d'un rameau de l'artère pulmonaire au voisinage d'une caverne.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 518.

89. — **Des anévrysmes développés sur les rameaux de l'artère pulmonaire avoisinant les cavernes.** *Progrès médical*, 1874, p. 283.

Rokitanski avait signalé, en 1861, et Rasmüssen avait bien décrit, en 1868, des anévrysmes qui se développent sur les rameaux de l'artère pulmonaire au voisinage des cavernes; mais aucun fait de ce genre n'avait été observé en France lorsque, en 1873, ayant vu, dans le service où j'étais interne, une femme tuberculeuse

mourir d'hémoptysie foudroyante, j'eus l'idée de rechercher s'il n'existait pas un anévrysme de Rasmüssen ; je fus en effet assez heureux pour le retrouver et l'isoler : c'était le premier cas signalé jusqu'alors en France ; quelques années après, j'en observai encore un cas, que je présentai comme le premier, à la Société anatomique ; entre temps, d'autres faits du même genre avaient été observés par MM. Lépine, Damaschino, etc.

En dehors de la question de priorité (pour la France), ma première observation offre encore un point intéressant : outre l'hémoptysie foudroyante qui amena la mort, la malade avait eu déjà, quelques jours avant, un crachement de sang ; il est probable qu'il y avait eu un commencement de déchirure, oblitérée presque de suite par un caillot, puis, au bout de quelques jours, cette déchirure s'était complétée. Un fait cité par Rasmüssen semble autoriser cette interprétation.

90. — **Tuberculose ancienne avec cavernes sans troubles fonctionnels ; pleurésie récente.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 752.

Observations montrant que des lésions tuberculeuses, même avancées, peuvent ne donner lieu qu'à des troubles fonctionnels très modérés, et d'autre part que des adhérences pleurales peuvent modifier profondément les signes physiques de la pleurésie, et rendre difficile l'évaluation de la quantité de liquide.

91. — **Rétrécissement aortique considérable, sans insuffisance ; tuberculose pulmonaire.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 40.
92. — **Affection cardiaque et tuberculose pulmonaire.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 43.

Ces deux observations montrent qu'il n'y a pas, comme on l'a cru à une certaine époque, d'antagonisme entre les maladies du cœur et la tuberculose, mais que ces deux affections peuvent parfaitement coexister.

93. — **Du traitement local des cavernes pulmonaires.** *Progrès médical*, 1874, p. 362.

Revue critique sur les tentatives de différents observateurs.

94. — **Traitement de la pneumonie des enfants par les bains froids.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1892, p. 622.

La médication par les bains froids est, chez les enfants, beaucoup plus facile à appliquer que chez les adultes, et elle m'a généralement donné de bons résultats dans les cas de pneumonie grave. Presque toujours on observe une modification favorable dès le premier ou au moins le second bain : abaissement de la température, diminution de fréquence du pouls et de la respiration, et surtout cessation plus ou moins complète de l'agitation et du délire, sensation de bien-être accusée par les malades les plus âgés; calme des nuits. En outre, dans la plupart des cas observés, la défervescence, au lieu de se faire brusquement, comme cela est la règle spécialement chez les enfants, s'était en quelque sorte annoncée depuis un ou deux jours par un abaissement de la température; enfin elle s'était presque toujours produite avant le septième jour.

Les bains étaient donnés à 25 ou même 20 degrés et continués pendant 10, 12 ou même 15 minutes suivant l'état de l'enfant et la façon dont ils étaient supportés; ils étaient répétés 4 ou 5 fois en 24 heures, à des intervalles à peu près égaux; il y aurait même, dans certains cas, avantage à les répéter plus souvent.

Dans la *broncho-pneumonie* (quelle que soit d'ailleurs la maladie dans le cours de laquelle celle-ci se développe), la médication par les bains froids donne aussi des résultats immédiats très encourageants; mais les résultats définitifs ne sont pas toujours aussi favorables, ce qui n'a rien de surprenant, étant donné le pronostic ordinaire de la broncho-pneumonie secondaire.

Néanmoins cette méthode de traitement a donné quelques résultats inespérés. Il est bon d'ailleurs de lui associer les injec-

tions de caféine, les révulsifs, etc. Les accidents (menaces de syncope, collapsus) que j'ai quelquefois observés à la suite des bains dans la fièvre typhoïde ne se sont pas présentés dans la pneumonie.

95. — **Diagnostic et traitement de la pleurésie dane la première enfance.** *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1887, p. 657, 693.
96. — **De la pleurésie chez lee enfants du premier âge.** *Revue des maladies de l'enfance*, 1888, p. 297.

La pleurésie est souvent méconnue chez les enfants du premier âge parce que chez eux il existe peu de symptômes révélateurs de cette maladie ; on ne pourrait guère citer que la dyspnée (laquelle d'ailleurs est loin d'être pathognomonique) et parfois la douleur. Aussi chez les enfants faut-il examiner tous les organes et pratiquer l'examen physique de la poitrine, même en l'absence de tout symptôme attirant l'attention de ce côté.

Cet examen est d'ailleurs très délicat : l'inspection n'apprend que peu de chose, de même que la recherche des vibrations vocales. La percussion a beaucoup plus de valeur, mais doit être faite très légèrement ; car la poitrine du jeune enfant résonne beaucoup plus que celle de l'adulte ou de l'adolescent et donne une *sonorité puérile*. Les signes d'auscultation, qui sont en somme les mêmes que chez l'adulte, sont cependant beaucoup moins prononcés et ne sont pas généralement en rapport avec l'abondance de l'épanchement ; on peut entendre par propagation les bruits qui se passent dans l'autre côté de la poitrine, et souvent même ces bruits varient d'un jour à l'autre (suivant que l'enfant respire plus ou moins fort, qu'il crie ou qu'il reste tranquille).

Le meilleur signe pour déterminer la quantité du liquide est fourni par la percussion. Quant à la nature du liquide, il n'y a guère qu'un moyen de la reconnaître chez l'enfant, c'est de faire une ponction exploratrice et si elle est pratiquée avec les précautions antiseptiques cette ponction est toujours sans danger.

L'évolution de la pleurésie dans la première enfance, parfois assez lente, présente d'autres fois des allures particulièrement ra-

pides ; aussi lorsque les purgatifs (calomel), les diurétiques (digitale ou scille, régime lacté) n'amènent pas rapidement la diminution de l'épanchement, il faut songer à une intervention active. La thoracentèse est formellement indiquée même dans le cas d'une pleurésie simple, toutes les fois que l'asphyxie est imminente ou encore si l'épanchement est très abondant et surtout s'il occupe le côté gauche ; il en est de même si l'épanchement est ancien et si la fièvre a cessé. Il convient, au contraire, de s'abstenir si l'épanchement est médiocre et s'il y a encore de la fièvre.

Pour la pleurésie purulente, au contraire, il n'y a jamais avantage à rester dans l'inaction ; la thoracentèse peut suffire pour amener la guérison ; mais si l'épanchement se reproduit, il ne faut pas hésiter à recourir à l'empyème soit immédiatement, soit après deux ou trois ponctions au maximum.

97. — **Sur un cas de pleurésie purulente méta-pneumonique, traitée par les ponctions avec injections antiseptiques, puis par l'opération de l'empyème.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 370 ; — 1892, p. 299.

Bel exemple de pleurésie purulente méta-pneumonique, dans lequel on trouve à noter :

1° L'existence du pneumocoque à l'exclusion de tout autre microbe.

2° L'enkystement rapide de l'épanchement et sa division en plusieurs loges.

3° L'élévation modérée de la température, oscillant entre 38° et 39°.

4° L'insuffisance des ponctions pour assurer la guérison (précisément à cause de l'existence de plusieurs loges).

5° L'utilité très manifeste de l'empyème et des injections antiseptiques.

98. — **De la mort subite pendant ou après la thoracentèse.** *Progrès médical*, 1876, pp. 482, 527.

Étude critique à l'occasion d'une discussion sur ce sujet à la

Société médicale des hôpitaux. D'après l'examen des faits publiés, il semble que la mort subite, survenant pendant ou après la thoracentèse, doive être attribuée à une syncope, soit par trouble réflexe dû à la douleur ou à l'impression morale accompagnant la ponction chez un individu débilité, soit par une anémie du bulbe survenant au moment où le malade s'assied. Dans tous les cas, d'ailleurs, la syncope est probablement favorisée par un état d'altération des fibres musculaires du cœur, et peut-être aussi par un certain degré de congestion pulmonaire.

Comme conclusion pratique, il faut autant que possible éviter la douleur chez les individus débilités et très impressionnables, éviter de faire asseoir le malade, évacuer le liquide très lentement afin d'empêcher la toux et l'afflux trop rapide du sang dans le poumon; enfin, comme le dit Trousseau, recommander aux malades un repos aussi complet que possible de corps et d'esprit.

99. — **De l'expectoration albumineuse après la thoracentèse.** *Progrès médical*, 1873, pp. 160, 173, 186, 211, 222.

Étude critique sur le mécanisme de l'expectoration albumineuse observée à la suite de la thoracentèse. L'hypothèse la plus plausible est celle qui attribue les accidents à une congestion œdémateuse du poumon, et voici, en résumé, comment on peut interpréter les faits :

Dans un certain nombre de cas, on observe après la thoracentèse une congestion pulmonaire et l'accumulation d'un produit de sécrétion dans les bronches. L'expectoration d'un liquide albumineux est à la fois le signe de cette congestion et le moyen d'excrétion du liquide. Si alors, par suite d'une lésion de l'autre poumon, l'expectoration ne se fait pas, ou si elle est insuffisante, le malade pourra succomber aux suites de la congestion pulmonaire.

Il paraît d'ailleurs établi par l'examen des faits que cette congestion s'est montrée plus fréquemment et a présenté une inten-

sité plus grande dans les cas où le liquide avait été évacué plus rapidement. Si donc l'on soupçonne quelque lésion dans le poumon opposé à l'épanchement, on devra surveiller l'évacuation du liquide, éviter qu'il s'écoule trop rapidement, et même, si l'épanchement est abondant, il sera préférable de faire cette évacuation en plusieurs temps.

100. — **Deux cas de pneumothorax chez des enfants de 16 mois.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1886, p. 351.

Dans l'un de ces cas, le pneumothorax était consécutif à la rupture dans la plèvre d'une caverne tuberculeuse; dans l'autre il avait succédé à l'évacuation par les bronches d'une pleurésie purulente.

Des recherches faites dans les auteurs ne m'ont pas permis de déterminer la fréquence du pneumothorax chez les jeunes enfants. Cette lésion doit, d'ailleurs, rester souvent méconnue : la douleur parfois très vive qui l'annonce chez l'adulte ne peut être accusée par un enfant qui ne parle pas, et d'autre part, chez lui, la dyspnée est un symptôme en quelque sorte banal. L'examen physique seul permet d'en constater l'existence.

Les signes physiques sont d'ailleurs les mêmes que chez l'adulte, mais il faut qu'on les trouve réunis pour affirmer le pneumothorax. Le tympanisme exagéré a beaucoup moins de valeur chez l'enfant, dont le thorax résonne si facilement, et chez lequel d'ailleurs il peut être dû à l'emphysème accompagnant la broncho-pneumonie. Le souffle amphorique peut aussi passer inaperçu si l'enfant respire faiblement; mais, à part ces réserves, on peut dire que le pneumothorax, même chez le jeune enfant, se manifeste par les mêmes signes que chez l'adulte, et qu'un examen attentif en fera facilement constater l'existence.

101. — **Pneumothorax chez un enfant de 22 mois, consécutif à une lésion probablement syphilitique du poumon.** *Revue des maladies de l'enfance*, 1891, p. 260.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation succomba le len-

demain de son entrée à l'hôpital, et n'offre qu'une histoire clinique très incomplète. Le pneumothorax qui avait été reconnu pendant la vie fut retrouvé à l'autopsie; la plèvre communiquait par un pertuis ayant l'apparence d'une pustule avec une cavité creusée dans le lobe inférieur du poumon, et ce lobe en entier était luimême occupé par une masse enkystée, dure, blanchâtre, avec quelques points caséeux ramollis. Nulle part, ni dans les poumons, ni dans aucun autre organe, il n'existait de tubercules.

Les recherches bactériologiques furent aussi complètement négatives au point de vue des bacilles de la tuberculose.

D'autre part, l'examen histologique pratiqué par mon interne, M. Gastou, et par mon collègue, M. Bourcy, permet de conclure sinon avec certitude au moins avec quelque probabilité à l'existence d'une gomme du poumon. Cette interprétation cadrerait avec le renseignement fourni par la mère que l'enfant ne paraissait pas malade et n'avait commencé à tousser que 3 jours avant son entrée, fait bien plus admissible dans l'hypothèse de la syphilis que dans celle de la tuberculose.

SYSTEME VASCULAIRE

102. — **Endocardite puerpérale végétante avec embolies multiples.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1873, p. 319.

Entre l'endocardite aiguë se terminant par résolution ou par une lésion organique des valvules, et pouvant accidentellement amener des embolies, et, d'autre part, l'affection désignée par tous les auteurs sous le nom d'endocardite ulcéreuse, endocardite typhoïde ou infectieuse, il existe une forme spéciale qui détermine, dans un temps plus ou moins court, des embolies dans différents viscères et amène souvent la mort par ce mécanisme, sans qu'il y ait eu de phénomènes généraux graves.

Au point de vue anatomique, cette forme est caractérisée le plus souvent par des végétations qui deviennent le centre de dépôts fibrineux et quelquefois peut-être par des ulcérations.

103. — **Guérison de l'insuffisance des valvules aortiques.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 673.

Rapport sur la candidature de M. Hutinel au titre de membre adjoint de la Société anatomique.

104. — **Du double souffle intsrmittent crural.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 414.

105. — **Des embolies pulmonairee dans les tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire.** *Progrès médical*, 1878, p. 707.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Les tumeurs de la cavité du bassin (même lorsqu'elles sont

de nature bénigne) peuvent par compression favoriser la production de thromboses dans les veines crurales, et les caillots formés à ce niveau peuvent être le point de départ d'embolies pulmonaires.

2° Les accidents produits par les embolies pulmonaires peuvent se calmer, et la vie peut persister même avec des oblitérations assez étendues de l'artère pulmonaire. (Dans une observation personnelle, la malade avait survécu plus de trois jours, bien que les branches de l'artère pulmonaire fussent presque complètement oblitérées par les caillots emboliques.)

106. — **Affection cardiaque avec embolies multiples (encéphale, reins, rate, poumon).** *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 293.

107. — **Anévrysme multiple (six poches) de la crosse de l'aorte.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 137.

108. — **Anévrysme de l'aorte ouvert dans les bronches sans autres accidents que des hémoptysies persistantes pendant plusieurs mois et terminé par une hémoptysie foudroyante.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1876, p. 510.

Ce fait est surtout intéressant par la persistance et les caractères des hémoptysies. Près d'un an avant la mort, il y avait eu des crachats simplement striés de sang, puis à la suite d'une hémoptysie abondante, des crachats visqueux, gelée de groseille (pendant trois mois). Les caractères de ces crachats les faisaient ressembler à ceux qu'on observe dans l'apoplexie pulmonaire ou dans le cancer du poumon, et c'est entre ces deux hypothèses que le diagnostic était hésitant. L'autopsie montra que l'ouverture dans la bronche était obstruée par des caillots stratifiés, à travers lesquels le sang filtrait pour ainsi dire comme à travers un feutre.

109. — **Sur le traitement des anévrysmes de l'aorte spécialement par l'électrolyse.** *Revue des Sciences médicales*, 1879, XIII, p. 744.

Revue critique dans laquelle j'examine successivement le traitement par le régime alimentaire (Tuffnell), par l'iodure de potassium, par les applications de glace, par la compression de la

poche, par l'introduction dans le sac de ressorts de montre (Baccelli) et enfin par l'électrolyse.

Après avoir étudié les phénomènes physiologiques de la coagulation du sang sous l'influence des courants électriques et les divers procédés opératoires appliqués au traitement des anévrysmes de l'aorte, j'arrive aux résultats et à l'examen des phénomènes immédiats et consécutifs observés à la suite de l'application de l'électrolyse, enfin à l'exposé des accidents imputables à la méthode, et je conclus ainsi :

L'électrolyse, dans les anévrysmes de l'aorte, est une méthode rationnelle; pratiquée avec les précautions nécessaires, elle ne paraît pas entraîner les accidents que l'on pourrait craindre *a priori*. Elle a, dans un certain nombre de cas, procuré une amélioration notable, quelquefois même la guérison. Néanmoins on ne doit pas y recourir d'emblée, avant de connaître nettement les différentes particularités du diagnostic et d'avoir précisé les indications. C'est une méthode encore à l'étude; il y aura lieu d'examiner d'une façon comparative les résultats fournis par le procédé de Ciniselli et par celui d'Anderson. D'après les recherches actuelles, il semble que le procédé d'Anderson expose moins à des accidents, mais soit par contre moins actif.

SYSTÈME NERVEUX

110. — **Cysticerques de l'encéphale.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1875, p. 847.

Les lésions avaient évolué d'une façon absolument silencieuse sans donner lieu à aucun symptôme jusqu'à trois semaines avant la mort; à ce moment le malade avait été pris d'une céphalagie intense, puis avait eu quelques vomissements alimentaires, et enfin, dans les deux derniers jours, des phénomènes de méningite.

A l'autopsie, on trouva disséminés à la surface de l'encéphale une dizaine de petits kystes contenant chacun un cysticerque; ces kystes étaient tous développés dans la pie-mère épaissie à ce niveau et avaient refoulé les circonvolutions sans les détruire; ils étaient tous, sauf un, déchirés et confondus avec un magma purulent étendu à la surface des circonvolutions; le kyste non rompu était du reste aussi suppuré.

111. — **Gliosarcome du cerveau intéressant la corne d'Ammon, ayant déterminé une hémiplégie et des attaques épileptiformes.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 307.

112. — **Anévrysme de l'artère vertébrale terminé par rupture et hémorrhagie sous-arachnoïdienne.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 415.

Cette observation est intéressante non seulement par le siège des anévrysmes (il y en avait deux) occupant l'artère vertébrale près du tronc basilaire, mais encore par ce fait que le malade avait présenté, dans la quinzaine précédant la mort, des attaques convulsives et une paraplégie temporaire.

113. — **Rapports de la chorée et du rhumatisme**. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1891, p. 268.

Un enfant fut atteint d'un rhumatisme articulaire très net qui guérit rapidement par le salicylate de soude sans avoir donné lieu à des manifestations cardiaques; puis au bout de quelques semaines il fut pris de chorée et vers la fin de la chorée présenta les premiers signes d'une affection cardiaque. Il semble bien difficile de ne pas voir dans ce fait une relation entre la chorée et le rhumatisme.

114. — **Trois cas d'hystérie chez l'homme**. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1882, p. 270.

L'hystérie chez l'homme est aujourd'hui bien connue et n'est en tout cas contestée par personne; il n'en était pas de même en 1882, et c'était une rareté que d'en observer presque en même temps trois cas. Le premier surtout est intéressant; il se caractérisait par des attaques de paralysie du bras gauche, précédées ou suivies de cécité complète et plus rarement de perte de la parole, accompagnées d'hémianesthésie cutanée, avec hyperesthésie du testicule et du plexus spermatique.

Le second cas était surtout remarquable par l'existence de sueurs extrêmement abondantes, et par des crises d'anurie coïncidant et alternant avec des attaques de contracture.

Dans le troisième. il n'existait qu'une hémianesthésie.

115. — **Spasme fonctionnel du muscle sterno-mastoïdien.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1882, p. 163.

Cette affection se caractérisait par une contracture du sterno-mastoïdien du côté droit, contracture intermittente, se produisant seulement lorsque le malade était debout; elle cessait complètement lorsque, la tête reposant sur l'oreiller, les muscles du cou étaient tous dans le relâchement. La maladie paraît s'être développée par un mécanisme *analogue* à celui qui détermine *la*

crampe des écrivains; en effet, il s'agissait d'un ouvrier repousseur obligé pour son travail de tourner la tête de côté, soumettant ainsi le sterno-mastoïdien du côté droit à des contractions répétées, les autres muscles restant au contraire dans un relâchement relatif.

116. — **Traitement de la Sciatique par les projections de chlorure de méthyle.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1885, p. 13.

117. — **Amyotrophie chez un enfant, paraissant pouvoir être rattachée à la lèpre** (en collaboration avec M. Méry). *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1893, p. 96.

L'atrophie musculaire était, dans ce cas, presque généralisée, avec prédominance aux membres supérieurs, et s'accompagnait de rétraction des muscles qui présentaient une consistance scléreuse; il existait en outre des lésions des nerfs et en particulier des nodosités sur le trajet des gros troncs nerveux et sur certains nerfs sous-cutanés; enfin, en même temps que l'absence de troubles de la sensibilité, on notait des troubles trophiques de la peau et des os.

D'après la réunion des symptômes précédents, l'hypothèse de lèpre a été mise en avant, mais le diagnostic paraît très difficile à établir, et la discussion qui a suivi la présentation du malade à la Société médicale des hôpitaux n'a pu aboutir à une conclusion positive.

VARIA

118. — **Intoxication saturnine chez les ouvrières qui fabriquent les mèches à briquets.** *Progrès médical*, 1875, p. 753.

Les mèches à briquets de couleur orange sont fabriquées avec du coton imprégné de chromate de plomb, et l'on comprend que les ouvrières en passementerie qui tressent les fils de coton soient exposées à des accidents d'intoxication saturnine. Néanmoins, ce n'est guère qu'en 1875 que des faits de ce genre paraissent avoir été, pour la première fois, observés par M. Lancereaux, par M. Proust et par moi. Dans le fait qui m'est personnel, l'analyse chimique montra que les mèches contiennent un cinquième de leur poids de substance toxique; encore faut-il tenir compte dans la pathogénie des accidents, non seulement du sel de plomb qui reste fixé dans la mèche, mais encore et au moins autant de celui qui, sous forme de poussière, s'en dégage au moment des manipulations; il est fréquent dans ces cas de voir les sécrétions nasales et bronchiques colorées en jaune.

119. — **Un cas de ladrerie chez l'homme.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1882, p. 215.

Les cysticerques étaient tous situés dans les muscles, et il fut impossible d'en trouver dans aucun viscère. Il existait en outre dans l'intestin un ténia armé.

120. — **De l'insolation.** *Progrès médical*, 1878, p. 619.

Étude critique sur les accidents imputables à l'insolation.

121. — **L'anémie pernicieuse progressive.** *Progrès médical*, 1877, p. 657.

Étude critique sur les faits rangés sous cette rubrique, et en particulier d'après la thèse du docteur Ricklin.

122. — **Étiologie du scorhut.** *Progrès médical*, 1875, pp. 418, 437.

Étude critique sur ce sujet, à propos de la discussion de l'Académie de médecine (MM. Villemin et Leroy de Méricourt).

123. — **Arthropathies multiples d'origine indéterminée.** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1892, p. 461.

Une fillette de neuf ans présentait sur la plupart des articulations des lésions affectant à la fois les os et les parties molles, et en même temps une hypertrophie notable du foie et de l'albuminurie; il n'existait aucun signe de lésion pulmonaire. On avait discuté, puis rejeté l'hypothèse du rhumatisme chronique et de la tuberculose, puis examiné et admis comme possible le diagnostic de syphilis héréditaire. (Quelques mois après, l'autopsie montrait qu'il s'agissait d'une tuberculose.)

124. — **Notice eur Bouillaud** *Progrès médical*, 1881, p. 908.

Anatomie et Chirurgie.

125. — **Note eur un cas de rétraction permanente des doigte.** *Journal de l'anat. et de la phys. de l'homme et des animaux*, mai 1867.

Ayant eu l'occasion de disséquer une main atteinte de rétraction permanente des doigts, j'ai étudié d'abord l'*anatomie normale de l'aponévrose palmaire* et, dans la description que j'en fais, j'insiste spécialement sur les faisceaux fibreux qui se détachent de cette aponévrose pour s'insérer à la face profonde de la peau des doigts.

L'examen de la main malade montre que la lésion est due en partie à la rétraction de l'aponévrose palmaire, mais plus encore à l'hypertrophie et à la rétraction de ces faisceaux fibreux.

J'insiste sur ce fait qu'il n'y a pas eu, comme l'admettait Goyrand, développement de fibres de nouvelle formation, indépendantes de l'aponévrose, mais hypertrophie de faisceaux aponévrotiques déjà existants, au moins à l'état rudimentaire.

J'ai essayé de représenter cette origine, ainsi que l'anatomie normale, sur deux planches annexées à ce mémoire.

126. — **Hydatides de l'humérus.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1868, p. 426.

Des recherches bibliographiques entreprises à l'occasion de ce fait ne m'avaient permis de retrouver que 18 observations authentiques d'hydatides des os (dont 2 intéressant l'humérus) et dans 6 ou peut-être même 9 ou 10 de ces cas, on trouvait signalé un traumatisme antérieur sur l'os malade. Il en était de même chez notre malade qui, 5 ans avant l'apparition des premiers symptômes, avait reçu un coup de fusil dans le bras. Sans attacher à cette circonstance une importance exagérée, on peut supposer que la congestion résultant du traumatisme peut favoriser le développement des hydatides, qui, comme on le sait, se produisent généralement dans des organes très vasculaires comme le foie et le poumon.

127. — **Fracture de l'extrémité inférieure du fémur.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 69.

128. — **Tumeur kystique du sein.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1868, p. 492.

129. — **Sarcome du testicule.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1868, p. 444.

130. — **Cancroïde glandulaire du rectum limité à la partie postérieure de l'intestin.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1868, p. 494.

131. — **Ectrodactylie.** *Bull. de la Soc. anat.*, 1873, p. 725.

TRAVAUX FAITS DANS MON SERVICE D'HOPITAL

LEBLOND. **Étude physiologique et thérapeutique ds la caféine.** *Thèse de Paris*, 1883.

LEBRETON. **Contrihution à l'étude dss manifestations pnlmonairee chsz les rhumatisants et les arthritiquss.** *Thèse de Paris*, 1884.

COLLEVILLE. **Essai sur quelquss variétés d'anasarque sans alhuminuris.** *Thèse de Paris*, 1883.

MALIBRAN. **Contrihution à l'étude dss sctasies gastriques.** *Thèse de Paris*, 1885.

JACQUET. **Dee érythèmss papuleux fessiers post-érosifs.** *Revue des maladies de l'enfance*, 1866.

JACQUET. **Dss syphiloïdee poet-érosives.** *Thèse de Paris*, 1888.

JULIEN. **Contribution à l'étude ds la stomatite dans la rougeole.** *Thèse de Paris*, 1886.

TOUTUT. **Des gommee de la psau dans la syphilis héréditaire.** *Thèse de Paris*, 1887.

L. GUINON. **De la dsequamation épithéliale de la langus chsz les enfants.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1887.

H. LEGRAND. **Étnds d'un cas de choléra nostras chsz un snfant ds six ans.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1888.

LESAGE. **Ds la dyspspsis st de la diarrhés vsrts dss snfants du premisr âgs.** *Revue de médecine*, 1887-1888.

LESAGE. **Étuds cliniqns snr ls choléra infantils.** *Thèse de Paris*, 1889.

LESAGE. **Contribution à l'étuds dss entéritss infsctieuses dss jsunes snfants (sntéritss à hacterium coli).** *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1892.

SPRINGER. **Étnds snr la croissancs st son rôle en pathologis.** *Thèse de Paris* 1890.

Terson. **Contribution à l'étude de la galvano-puncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants.** *Thèse de Paris*, 1891.

Evanno. **Recherches sur l'isolement dans la rougeole.** *Thèse de Paris*, 1892.

Chevalet. **Des complications articulaires de la scarlatine.** *Thèse de Paris*, 1892.

Poulain. **Contribution à l'étude des stomatites dans l'enfance, et en particulier de la stomatite diphtéroïde impétigineuse.** *Thèse de Paris*, 1892.

Renard. **Contribution à l'étude des broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant.** *Thèse de Paris*, 1892.

Gastou et Renard. **Les broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale chez l'enfant.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1892.

Vallée. **Contribution à l'étude de la rate chez l'enfant.** *Thèse de Paris*, 1892.

Gastou et Vallée. **Contribution à l'étude de la rate chez l'enfant.** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1892.

Gastou. **Du foie infectieux.** *Thèse de Paris*, 1893. — Ce travail, fait dans le service de M. Hanot, contient aussi un bon nombre d'observations provenant de mon service de l'hôpital Trousseau.

SOMMAIRE ANALYTIQUE

(Les chiffres indiqués ici correspondent aux numéros des travaux analysés).

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Réaction de la salive chez l'enfant, 70. — Aponévrose palmaire, 125.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Fièvre typhoïde, 42, 43, 44.
Organes de la digestion, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 82, 83, 84.
Appareil respiratoire, 87, 88, 89, 101.
Cœur, 102, 105, 106, 107, 108.
Système nerveux, 110, 111, 112.
Cysticerques et hydatides, 78, 79, 119, 126. — Chirurgie, 125, 127, 128, 129, 130, 131.

BACTÉRIOLOGIE

Généralités, 2. — Diphtérie, 15, 18. — Scarlatine, 21, 22. — Broncho-pneumonie, 10, 12, 45.

Pneumocoque, 45, 85. — Streptocoque, 22, 45, 46. — Staphylocoque, 22, 45, 71. — Bacterium coli commune, 45, 46.

PATHOLOGIE INTERNE

Maladies contagieuses de l'enfance (Étiologie), 2. —Rougeole, 3, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14. — Scarlatine, 21, 22. — Diphtérie, 15, 16, 17, 18. — Variole, 29, 30. — Ruhéole, 27. — Oreillons, 32. — Érysipèle, 33, 35. — Fièvre typhoïde, 36, 37, 38, 42, 43, 44. — Broncho-pneumonie, 9, 10, 11, 12, 45. — Grippe, 47, 48, 49.

Syphilis héréditaire, 50, 51, 52, 53. — Maladies de la peau, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61.

HYGIÈNE

HYGIÈNE PROPHYLACTIQUE

THÉRAPEUTIQUE

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 30560